

Institut für Ethnologie und Afrikastudien

**JOHANNES
GUTENBERG**
UNIVERSITÄT
MAINZ

Department of Anthropology and African Studies

Arbeitspapiere / Working Papers

Nr. 37

Julia Boger

**Gesundheit in der ‚Fremde‘ – Gesundheitsvorstellungen
afrikanischer Frauen und Männer im Migrationskontext**

2004



The Working Papers are edited by

Institut für Ethnologie und Afrikastudien, Johannes Gutenberg-Universität,
Forum 6, D-55099 Mainz, Germany.

Tel. +49-6131-392.3720, Email: ifeas@mail.uni-mainz.de;

<http://www.uni-mainz.de/~ifeas>

Geschäftsführender Herausgeber/ Managing Editor:

Thomas Bierschenk (biersche@mail.uni-mainz.de)

Gesundheit in der ‚Fremde‘ –

Gesundheitsvorstellungen

afrikanischer Frauen und Männer

im Migrationskontext

Hausarbeit zur Erlangung
des Akademischen Grades einer
Magistra Artium

vorgelegt dem Fachbereich Sozialwissenschaften
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

von
Julia Katharina Boger
aus
Kronberg im Taunus

2003

Erstgutachter: Univ.-Doz. Dr. Wolfgang Bender

Zweitgutachter: Prof. Dr. Ivo Strecker

1. EINLEITUNG	5
2. FRAGESTELLUNG, FELD UND FORSCHUNGSMETHODE	11
2.1 Das naturwissenschaftliche Verständnis von Gesundheit und Krankheit	13
2.2 Die ‚kulturelle‘ Bedingtheit von Gesundheit	15
2.3 Gesundheitsorientierte Forschung	19
2.4 Laienkompetenzen im Umgang mit Gesundheit	22
2.5 Methodische Vorgehensweise	27
2.5.1 Die Zielgruppe: afrikanische MigrantInnen in Deutschland	28
2.5.2 Die Auswahl der InterviewpartnerInnen	31
2.5.3 Entwicklung des Leitfadens und Durchführung der Interviews	35
2.5.4 Auswertung der Interviews	39
3. GESUNDHEIT IM MIGRATIONSALLTAG	40
3.1 Das gesundheitliche Spannungsfeld der Migrationserfahrung	41
3.2 Kurzbiographien der Interviewten	45
3.2.1 Francois	46
3.2.2 Anna	46
3.2.3 Gérome und Francine	47
3.2.4 David	48
3.2.5 Sophie	49
3.2.6 Marie	50
3.2.7 Diamba	51
3.2.8 Oko	52
3.2.9 Christine	52

3.3 Die Quellen des medizinischen Wissens	53
3.3.1 „Bei uns zu Hause, wir haben immer zwei Möglichkeiten“	54
3.3.2 „Es kommt darauf an, in welcher Familie du bist“	62
3.3.3 „Das ist mein Körper, weißt du. Das ist meine Gesundheit“	69
3.4 Die Dimensionen von Gesundheit im Alltag	73
3.4.1 Interne Ebene	73
3.4.1.1 „A sound mind is found in a sound body“	74
3.4.1.2 „Das hat einen anderen Geschmack“	77
3.4.1.3 „Also ohne Sport und Fußball, das wäre schrecklich“	80
3.4.1.4 „Ich würde sagen, das ist eine innere – Peace“	82
3.4.2 Externe Ebene	88
3.4.2.1 „I feel healthy when I see... green . Nature“	89
3.4.2.2 „Außer dem Wetter ist es gut“	91
3.4.2.3 „Generell, das Studium. Es ist echt anders als bei uns“	93
3.4.2.4 „Zuerst muss man hier eine Krankenversicherung haben – bei uns ist das egal“	97
3.4.2.5 „Gott muss mir Gesundheit geben“	101
3.4.2.6 „Zauberei. Bei uns gibt es so was noch“	104
3.5 Alltagskulturelle Kompetenz im Umgang mit Gesundheit: Drei Fallbeispiele	112
3.5.1 Francois: Die fehlende Alternative	114
3.5.2 Oko: Eigenbehandlung mit Herbalmedizin in Deutschland	116
3.5.3 Sophie: Die modifizierte Variante der Eigenbehandlung	119
4. FAZIT	121
LITERATUR	126
ANHANG	134
A.1 Alphabetische Übersicht der Laieninterviews	134
A.2 Alphabetische Übersicht der ExpertInneninterviews	138

1. Einleitung

„Gesundheit heißt ‚Leben‘“

David, Interviewpartner aus Ghana (2003/4: 1)

Die eigene Gesundheit steht in einem wechselseitigen Verhältnis zum alltäglichen Leben. Je nachdem wie gesund wir sind, erscheint es leichter oder schwerer, mit den Anforderungen des Alltags umzugehen. Und umgekehrt können die Ansprüche, die das alltägliche Leben an uns stellt, unsere Gesundheit sowohl positiv als auch negativ beeinflussen.

Diese wechselwirksamen Einflüsse auf die eigene Gesundheit erfahren auch Menschen, die ihren bisherigen alltäglichen Lebensraum verlassen haben: Es handelt sich um EinwanderInnen, SiedlerInnen, ArbeitsmigrantInnen, Vertriebene, Flüchtlinge oder TouristInnen (vgl. Pfeiffer 1995: 17ff.)¹, die temporär oder dauerhaft aus ihrem Herkunftsland abgewandert sind und sich in ‚der Fremde‘ befinden:

„Dem Migranten, über den wir hier sprechen wollen, hängt die Aura des Fremdseins an, heimatlos, wie er ist, nicht zugehörig, neu mit Traditionen und Gewohnheiten nicht vertraut. Er ist kein Wanderer, der wieder ‚ausziehen‘ kann, er muß bleiben, Fuß fassen, arbeiten“ (Dericum 1997: 30).

Der Prozess des ‚Fuß fassens‘ in einem neuen Land wird vor allem in Situationen sichtbar und spürbar, in denen gewohnte Handlungen praktiziert werden, die in der neuen Umgebung ihre Selbstverständlichkeit verlieren können. Diese Gewohnheitshandlungen umfassen Bereiche des täglichen Lebens, wie beispielsweise den Wohnraum, die Ernährung, die Arbeit und den Aufbau eines sozialen Umfelds sowie routinierte Handlungen, die dem Erhalt der Gesundheit dienen. In der vorliegenden Arbeit thematisiere ich die wechselwirksamen Beziehungen zwischen Gesundheit und Lebensalltag unter besonderer Berücksichtigung der Migrationserfahrung.

Migration bringt nicht nur eine territoriale Veränderung mit sich. Es ist eine ganzheitliche Erfahrung, die sich sowohl negativ als auch positiv auf die Befindlichkeit auswirken kann, wie Regula Weiss feststellt:

¹ Eine einführende Darstellung unterschiedlicher Migrationstypen und der daraus resultierenden unterschiedlichen Integrationsmöglichkeiten bietet Wicker (2001: 48f., vgl. auch Wenning 1997: 219f.).

„Wie gut die Migration auch geplant wird, der soziokulturelle Übergang ist mit somatischen und psychosozialen Stressfaktoren verbunden. Vor allem mit der Migration verknüpfte traumatische Erfahrungen stellen eine Belastung für die Gesundheit dar. Migration als solche macht aber nicht krank. Sie bietet die Möglichkeit zur Neuorientierung und zur Nutzung anderer ökonomischer und sozialer Ressourcen. Da dies jedoch oft nicht gelingt, wird die Migrationserfahrung in erster Linie als belastend und verunsichernd erlebt“ (Weiss 2003: 13).

Weiss betont in ihrer Aussage, dass MigrantInnen aktiv handelnde Subjekte sind, die zwar einerseits mit den gesundheitlichen Belastungen der Migrationsprozesse konfrontiert sind, ihnen aber nicht zwangsläufig passiv ausgeliefert sein müssen. Der Rückgriff auf „Ressourcen“, wie Weiss sich ausdrückt, kann eine positive Migrationserfahrung ermöglichen. Diese gesundheitlichen Ressourcen bestehen nicht nur in äußeren Faktoren, in finanziellen Mitteln und einem intakten sozialen Umfeld der MigrantInnen, sondern auch in den selbstständigen Handlungen der MigrantInnen. Ihre ‚personalen‘ Fähigkeiten² steuern den Umgang mit ihrer Gesundheit. Da es sich um nicht-beruflich praktiziertes Gesundheitswissen handelt, betrifft es vor allem Gesundheitspraktiken des Alltags, wie beispielsweise die Behandlung von Krankheitsbeschwerden im Anfangsstadium, welche von den betroffenen Personen selbst, aber auch durch die Pflege innerhalb der eigenen Familien, in Nachbarschaftshilfen und im Freundeskreis durchgeführt werden (vgl. Faltermaier u. a. 1998: 32f.). Die Grundlage solcher laienmedizinischer Handlungen ist das Wissen darum, welche Maßnahmen bei welchen gesundheitlichen Beschwerden erfolgreich sind und wie gesundheitliche Beschwerden bereits im Vorfeld vermieden werden können.

In meiner Arbeit wird der Rückgriff auf dieses laienmedizinische Gesundheitswissen der in Deutschland lebenden Frauen und Männer aus afrikanischen Herkunftsländern untersucht. Ihre gesundheitsrelevanten Praktiken und ihre subjektiven Vorstellungen von Gesundheit sollen dargestellt werden. Ich gehe daher nicht von medizinischen, klinisch überprüfbaren Daten aus, sondern präsentiere im Rahmen dieser Arbeit die Ergebnisse meiner qualitativen Interviews mit 10 Frauen und Männern aus Burkina Faso, Côte d’Ivoire, Demokratische Republik Kongo, Gabun, Ghana, Kamerun, Kenia und

² ‚Personale‘ Ressourcen sind an eine Einzelperson gebunden, geben jedoch keine Auskunft über die charakterliche ‚Persönlichkeit‘ des Menschen, weshalb ich in Anlehnung an Antonovsky den Begriff ‚personale‘ Ressourcen in Abgrenzung zu ‚persönlichen‘ Ressourcen verwende, um die Konnotation mit ‚Charakter‘ zu vermeiden (vgl. Antonovsky 1997: 188f.).

Senegal. Ihre subjektiven Gesundheitsvorstellungen werden vor dem Hintergrund ihres deutschen Migrationsalltags thematisiert.

Meine Wahl für die Studie fiel deshalb auf MigrantInnen aus afrikanischen Herkunftsländern, weil in medizinsoziologischen und -ethnologischen Untersuchungen im Rahmen des Themas ‚Migration und Gesundheit‘ die ‚kulturelle‘ Herkunft der MigrantInnen in den Vordergrund der Betrachtungen gerückt wird. In den meisten Fällen handelt es sich um eine synonyme Verwendung für Nationalität und/oder der ethnischen Herkunft der fokussierten Personengruppen. Dementsprechend existieren zum Thema ‚Migration und Gesundheit‘ in Deutschland hauptsächlich Untersuchungen zu spezifischen Nationalitäten, vor allem den zahlenmäßig stark vertretenen, beispielsweise den türkischen MigrantInnen (vgl. Collatz 1985, Kroeger u. a. 1986, Leyer 1991, Grottian 1991, Koch 1995). Andere ausländische Bevölkerungsgruppen werden in der Diskussion weitaus seltener thematisiert, was zu einer einseitigen Darstellung der gesundheitlichen Situation bei ‚den MigrantInnen‘ in Deutschland führt.

Gleichzeitig ist in der aktuellen Fachliteratur zum Thema zu beobachten, dass die Mehrzahl der Publikationen von ExpertInnen aus der klinischen Psychologie, Psychiatrie und sozialen Institutionen verfasst wird, deren Fokus zwangsläufig problem- und krankheitsorientiert ist (vgl. Schmitz 2001: 124). Die Betonung der Herkunftsnationalität im Zusammenhang mit speziellen Krankheiten und Erkrankungsursachen fördert jedoch problematischerweise den Blick auf die negativen, krankmachenden Aspekte der Migration und kann zudem zur vorschnellen pathogenen Darstellung von ausländischen Minderheiten in Deutschland führen (vgl. Weiss 2003: 158; 161). Die für mein Vorhaben fokussierte ‚Zielgruppe‘, die MigrantInnen aus afrikanischen Herkunftsländern, ist von der stigmatisierenden Darstellung in pathogen orientierten Gesundheitsstudien besonders hart betroffen. Deutlich wird dies am Beispiel einer potenziellen HIV-Infektion, die auf die MigrantInnen wegen ihrer kontinentalen Herkunft zurückgeführt wird:

„Ärzte oder Pflegepersonal zögern unbewusst, bevor sie einen Afrikaner berühren, um ihn zu untersuchen. Durch das Thema Aids werden bei Afrikanern häufig Ängste einer zusätzlichen Stigmatisierung geweckt. (...) Viele haben schon Schuldzuweisungen gehört, im Sinne von ‚Ihr Afrikaner seid Schuld, dass wir hier jetzt Aids haben.‘/‚Aids kommt aus Afrika.‘ etc.“ (Ksinsik 2001: 24).

Entsprechend ihrer kontinentalen Herkunft werden afrikanische MigrantInnen zum einen als Kollektiv und zum anderen als mögliche HIV-Risikogruppe angesehen.

Das Problem der HIV-Infektionsgefahr, insbesondere bei MigrantInnen aus Herkunftsländern mit einer hohen HIV-Infektionsrate, soll keineswegs geleugnet werden³. Dennoch ist es meines Erachtens gefährlich, MigrantInnen aufgrund ihrer regionalen Herkunft in Untersuchungen zu speziellen Erkrankungen und Krankheitssymptomen als Risikogruppen erscheinen zu lassen⁴. In solchen Darstellungen werden die bereits angesprochenen gesundheitlichen Ressourcen der MigrantInnen vernachlässigt und gesellschaftlichen Ausgrenzungsprozessen wird Vorschub geleistet. Ein Perspektivenwechsel, der die gesundheitlichen Ressourcen der MigrantInnen betont und die krank machenden Faktoren des Migrationsprozesses zwar nicht vollständig ausblendet, sie jedoch nicht zum alleinigen Ausgangspunkt der Betrachtungen werden lässt, erscheint mir daher notwendig. Mit der vorliegenden Arbeit versuche ich einen Schritt in Richtung dieses Perspektivenwechsels zu gehen.

Die Arbeit umfasst 3 Hauptteile. Der, der Einleitung folgende 2. Teil, stellt die Entwicklung meiner Fragestellung vor und bietet theoretische Hintergrundinformationen zum Thema sowie einen Einblick in meine methodische Vorgehensweise. In den theoretischen Ausführungen erläutere ich zunächst, weshalb ein ausschließlich dichotomisch konzipiertes naturwissenschaftliches Modell von Gesundheit und Krankheit keine ausreichenden Antworten für die subjektive Befindlichkeit des Menschen bietet. Die menschliche Gesundheit konstituiert sich nicht allein in scheinbar objektiven medizinischen Befunden, sondern ist auch davon abhängig, wie Gesundheit definiert wird (vgl. Faltermaier u. a. 1998: 14). Das nachfolgende Kapitel greift diesen Grundgedanken auf und führt von der subjektiven Befindlichkeit zur Vorstellung, dass auch gesellschaftlich-historische Prozesse den Blick des Menschen, also seine subjektiven Vorstellungen von Gesundheit, mit beeinflussen. Ob und inwiefern es sich diesbezüglich um eine ‚kulturelle‘ Bedingtheit von Gesundheit handelt, stelle ich zur Debatte. Anschließend wer-

³ Nach „zurückhaltenden Schätzungen“ (Nzimegne-Gölz o. J.:13) ist damit zu rechnen, dass ca. 5000 – 6000 HIV-infizierte Personen afrikanischer Herkunft in Deutschland leben. Sie kommen aus Regionen des subsaharischen Afrikas, in denen die HIV-Prävalenz bei Erwachsenen zwischen 2% und 38% liegt (vgl. ebd.: 13).

⁴ Literatur zum Thema HIV- und Aids-Prävention bei afrikanischen MigrantInnen in Deutschland s. die Bestandsaufnahme der Deutschen Aids-Hilfe von 1999 über die Situation afrikanischer Communities in Deutschland und die Dokumentation einer Duisburger Fachtagung vom 14.11.2001 (vgl. Muluneh; Waka 1999, Stadt Duisburg 2001).

den die Grundzüge der aktuellen Gesundheitsforschung vorgestellt, deren Kernthesen auf den Begründer der Salutogenese, Aaron Antonovsky, zurückzuführen sind. Antonovsky verweist in seinem gesundheitstheoretischen Ansatz darauf, dass jeder Mensch über laienmedizinische Kompetenzen verfügt, die zur Erhaltung der eigenen Gesundheit beitragen (vgl. Antonovsky 1997: 48f.). Diese Feststellung ist für meine Fragestellung relevant, da es sich um einen erneuten Hinweis darauf handelt, dass auch MigrantInnen prinzipiell die Option haben, selbstständig die eigene Gesundheit zu erhalten und sie nicht die passiven Opfer einer Belastungssituation sind. Auf diese Laienkompetenzen im Umgang mit Gesundheit und die wesentlichen Funktionen des laienmedizinischen Wissens gehe ich im nachfolgenden Kapitel näher ein. Es folgt die Präsentation der methodischen Vorgehensweise für die Datengewinnung. Darin werde ich meine ‚Zielgruppe‘, afrikanische MigrantInnen in Deutschland, vorstellen und die Auswahlkriterien für meine InterviewpartnerInnen, die Entwicklung des Leitfadens und die Durchführung sowie die Auswertung der Interviews ausführlich erläutern.

Der 3. Teil der Arbeit ist den Interviewergebnissen gewidmet. Einführend werden die möglicherweise pathogenen Faktoren des Migrationsprozesses in Form einer kurzen Zusammenfassung der aktuellen Fachliteratur zum Thema ‚Migration und Gesundheit‘ dargestellt. Sie werden von den Aussagen der von mir ebenfalls zum Thema interviewten ExpertInnen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen ergänzend kommentiert. Danach stelle ich die interviewten Personen in Form von Kurzbiographien vor und füge ihre gesundheitlichen Vorstellungen in ihren individuellen Lebenslauf ein. Im darauf folgenden Kapitel biete ich einen Einblick in die Quellen ihres medizinischen Wissens: Woher wissen die von mir befragten MigrantInnen aus afrikanischen Herkunftsländern, wie sie ihre Gesundheit erhalten können und was im Krankheitsfall als Behandlungsmethode effektiv ist? Die drei primär genannten Erfahrungsquellen umfassen medizinische professionelle Akteure (hierbei werden ÄrztInnen mit naturwissenschaftlicher medizinischer Ausbildung und ‚traditionelle HeilerInnen‘⁵ gleichermaßen angesprochen), die

⁵ Bei dieser Begriffswahl der ‚traditionellen HeilerInnen‘ handelt es sich um einen von meinen InterviewpartnerInnen gewählten Begriff. Ich verstehe den Zusatz ‚traditionell‘ daher nicht wertend, oder als entwicklungsgeschichtliche Deutung, die das ‚Traditionelle‘ als Reste der eigenen Vergangenheit definiert. Mir geht es bei meiner Verwendung um eine möglichst nahe Orientierung an den Worten meiner GesprächspartnerInnen, die im Zusammenhang mit dem Begriff der ‚traditionellen HeilerInnen‘ hauptsächlich die berufliche Praxis von HerbalpraktikerInnen ihrer Herkunftsregionen thematisierten.

eigenen Familien sowie die persönlich gemachten Erfahrungen bezüglich gesundheitsrelevantem Verhalten. Nachdem ein Eindruck von den laienmedizinischen Kenntnissen der von mir befragten Personen vermittelt wurde, gehe ich auf die Bereiche des deutschen Migrationsalltags ein, die in den Augen meiner InterviewpartnerInnen ihre Gesundheit beeinflussen. Diese Darstellung ist in eine interne und eine externe Beeinflussungsebene untergliedert. Auf der internen Ebene werden Dimensionen der Gesundheit angesprochen, die mit dem unmittelbaren Erleben der MigrantInnen verknüpft sind und die sie als durch sich selbst beeinflussbar erleben. Auf der externen Ebene berichten sie von den unterschiedlichen Gesundheitsdimensionen, auf die sie keinen direkten Einfluss nehmen können. Der Abschluss des 3. Teils der Arbeit thematisiert ihre aktive Umsetzung des gesundheitsrelevanten Wissens im deutschen Migrationsalltag. An drei Fallbeispielen zeige ich auf, wie individuell unterschiedlich die von mir befragten MigrantInnen ihr alltägliches Leben in Deutschland wahrnehmen, es als versteh- und handhabbar begreifen und dementsprechend gesundheitsrelevante Handlungen in ihr Leben integrieren.

Im abschließenden Fazit fasse ich die Interviewergebnisse kurz zusammen und stelle sie den eingangs erläuterten salutogenetisch orientierten Ansätzen gegenüber. Ich berufe mich aufgrund des Resultats auf die Aussagen der von mir befragten medizinischen ExpertInnen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen und stelle ihre Forderungen nach einer personengebundenen Beratung der MigrantInnen, bei der auf die individuellen migrationsbiographischen Hintergründe in ganzheitlicher medizinischer Sicht eingegangen werden sollte, zur Debatte. Von einem salutogenetisch bestimmten Blickwinkel sind diese Forderungen gerechtfertigt und lassen sich auch durch die Ergebnisse der von mir durchgeführten Interviews unterstreichen.

2. Fragestellung, Feld und Forschungsmethode

Die Situation von MigrantInnen in Deutschland wird in medizinischen sowie medizinsoziologischen und –ethnologischen Studien als gesundheitliche Belastungssituation wahrgenommen (vgl. Collatz 1992: 87, Faltermaier 2001: 101, Loncarevic 2001: 70f.). Hierbei steht die Ursachenforschung für die am häufigsten festzustellenden Erkrankungen, Krankheitsraten und Krankheitsbilder im Mittelpunkt der Betrachtungen (vgl. Muthny 2001: 251f.). Die ‚kulturelle Herkunft‘ der MigrantInnen wird in diesen Untersuchungen oftmals synonym für Nationalität und/oder die ethnische Herkunft verwendet und gilt indirekt als eine der möglichen Ursachen für Probleme in der medizinischen Versorgung der ausländischen Bevölkerung in Deutschland: Durch den ‚kulturellen‘ Wechsel vom Herkunftsland in die Aufnahmegesellschaft treten Schwierigkeiten im Anpassungsprozeß und ‚kulturelle‘ Missverständnisse auf (vgl. Leyer 1991: 79f., auch hierzu kritisch Bestmann 1999: 78f.).

Durch die Betonung ihres als ‚anders‘ wahrgenommenen, ‚kulturell bedingten‘ Gesundheits- und Krankheitsverhalten wird die gesundheitliche Situation der ausländischen MigrantInnen von der der restlichen, deutschen, Bevölkerung abgegrenzt. Bestmann gibt diesbezüglich zu bedenken:

„Die Hervorhebung und Festschreibung kultureller Unterschiede ist (...) eine wichtige Wurzel für die Stigmatisierung von gesellschaftlichen Minderheiten. Positionen, die für MigrantInnen ein kulturspezifisches Krankheitsverständnis und Gesundheitsverhalten geltend machen, laufen daher Gefahr, diesen Gruppen ein weiteres gesellschaftliches Stigma anzuhaften“ (Bestmann 1999: 84).

Die negativen Ausgrenzungstendenzen einer solchen, auf ‚kulturelle Aspekte‘ konzentrierte Fragestellung können vermieden werden, in dem die Untersuchungen nicht mehr ausschließlich auf pathogene, krank machende Faktoren der Migration gerichtet sind.

Auf die Gruppe der MigrantInnen aus subsaharischen Ländern bezogen, richtete sich mein Forschungsinteresse daher darauf, inwiefern *Gesundheit* in ihrem Leben in Deutschland eine Rolle spielt: Was bedeutet Gesundheit für die Befragten? Worin besteht der möglicherweise ‚kulturelle‘ Einfluss in ihren Gesundheitsvorstellungen? Wie wird Gesundheit subjektiv erlebt und was tun afrikanische MigrantInnen, um sich selbst gesund zu erhalten? Welchen Einfluss hat ihr deutscher Lebensalltag auf ihre gesundheitliche Befindlichkeit?

Bereits in den ersten informellen Gesprächen⁶ mit afrikanischen MigrantInnen aus meinem persönlichen Umfeld wurde weitaus weniger über problematische Situationen bezüglich ihrer Gesundheit in Deutschland gesprochen, als ich dies aufgrund der vorhandenen Literatur zum Thema vermutet hatte. Mir wurde vor Augen geführt, dass ‚kulturelle Faktoren‘ zwar ein wesentlicher Aspekt des Gesundheitsthemas im Zusammenhang mit der Migration afrikanischer Personen sind, sie jedoch nicht automatisch von Krankheit und krank machenden Faktoren begleitet werden. Trotz der in der Fachliteratur viel zitierten Belastungssituation aufgrund des Migrationsprozesses und ihrer ‚fremden Kultur‘ nahmen meine informellen GesprächspartnerInnen für sich persönlich in Anspruch, gesund zu sein und dabei nicht mit gesundheitlichen Vorstellungen aus ihrer ‚Herkunftskultur‘ in Konflikt zu geraten. Ich schloss daraus, dass sie über Fähigkeiten verfügen, die es ihnen ermöglichen, ihre Gesundheit selbständig, auch innerhalb der migrationsbedingten gesundheitlichen Belastungssituation zu erhalten.

Ob überhaupt und in welchem Maße dabei ‚kulturell‘ bedingte Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit für den Umgang mit der eigenen Gesundheit verantwortlich gemacht werden können, blieb für mich zunächst weiterhin verborgen.

Aus den Gesprächen entwickelte sich somit ein Perspektivenwechsel von einer an krank machenden Faktoren orientierten Sichtweise zu einem an gesundheitsrelevanten Aktivitäten interessierten Blick. Des weiteren ging ich davon aus, dass Gesundheit nicht ausschließlich anhand körperlich diagnostizierbarer Befunde einer naturwissenschaftlich ausgerichteten ‚objektivierten‘ Medizin feststellbar ist, sondern ganzheitlich begriffen werden sollte. Bereits in der 1948 formulierten Definition der World Health Organisation (WHO)⁷ wird von Gesundheit, als Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, nicht nur als Freisein von Krankheit und körperlichen Gebrechen ausgegangen (vgl. WHO 2003a). Gesundheit ist laut dieser Definitionsgrundlage somit ein das gesamte Leben beeinflussender Zustand und betrifft auch eine soziale Di-

⁶ Die informellen Gespräche mit afrikanischen Personen aus meinem Bekanntenkreis (universitäre Kontakte und ehemalige Arbeitskollegen des World University Service, Wiesbaden) wurden in Gedächtnisprotokollen festgehalten und gingen als ‚Einstiegs Gedanken‘ in die darauf folgende Interviewreihe ein. Sie wurden jedoch, aufgrund der offenen Gesprächssituation, nicht als eigenständige Interviews in die Arbeit mit aufgenommen.

⁷ Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist eine Unterorganisation der United Nations Organisation (UNO) und für gesundheitliche Fragen zuständig. Die WHO wurde am 07.04.1948 gegründet und umfasst weltweit 192 Mitgliedsländer. Ziele der WHO sind die globale Verbesserung der menschlichen Gesundheit und weltweit erleichterte Zugangsmöglichkeiten zu öffentlichen Gesundheitseinrichtungen (vgl. WHO 2003a).

mension. Diese ganzheitliche Konzeption von der Befindlichkeit des Menschen ist jedoch davon abhängig, wie sie individuell wahrgenommen wird. Bei der Planung meines Forschungsvorhabens konzentrierte ich mich daher darauf, welche Vorstellungen die befragten MigrantInnen von Gesundheit haben und wie diese von ihnen individuell in Deutschland gelebt werden.

Im nachfolgenden Kapitel erläutere ich, weshalb ein ausschließlich auf naturwissenschaftlichen Annahmen beruhendes Verständnis von Gesundheit und Krankheit nicht alleinige Erklärung für Gesundheit sein kann. Es bedarf daher, im Zusammenhang von Migrationsprozessen, der von mir gewählten subjektorientierten Sichtweise auf Gesundheit.

2.1 Das naturwissenschaftliche Verständnis von Gesundheit und Krankheit

Vor dem Hintergrund eines naturwissenschaftlich geprägten Weltbildes werden Gesundheit und Krankheit⁸ als Prozesse des menschlichen Organismus interpretiert, die in physikalischen und chemischen Dimensionen ablaufen. Dieses vor allem in ‚westlichen Industriegesellschaften‘ weit verbreitete bio-medizinische Modell (vgl. Wolf; Stürzer 1996: IX, vgl. Gerber; Stünzner 1999: 12) geht von einer dichotomischen Konzeption der menschlichen Befindlichkeit als gesund *oder* krank aus. Gesundheit und Krankheit werden in dieser Vorstellung als zwei sich ausschließende Zustände, die zumeist auf körperlicher Ebene manifestiert sind, verstanden. Mit Methoden, die sich auf naturwissenschaftliche Annahmen berufen, werden Befunde über den gesundheitlichen Zustand des Menschen scheinbar objektiv nachprüfbar (vgl. ebd.: 12). Sie werden von professionell ausgebildeten medizinischen ExpertInnen durchgeführt und von ihnen mit Hilfe technischer Apparate und messbarer Laborwerte diagnostiziert. Als mögliche Ursachen für Erkrankungen werden dabei hauptsächlich physische und/oder biochemische Einflüsse auf den menschlichen Körper angenommen.

Behandlungsmethoden fokussieren dementsprechend auf „die ‚Reparatur‘ der Funktionsstörung“ (Wolf; Stürzer 1996: IX) mit Hilfe von Medikation oder durch operative

⁸ Zur Entwicklung der Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit von der Antike bis zur Moderne in Europa vgl. Gerber; Stünzner (1999: 12f.).

Eingriffe. Der menschliche Körper ist im Rahmen dieses medizinischen Paradigmas mit einer Maschine vergleichbar,

„deren Funktionen und Funktionsstörungen verstanden werden können, indem die Organsysteme und –strukturen sowie die physiologischen Prozesse möglichst genau analysiert werden. Krankheitssymptome (körperliche Beschwerden, körperliche Veränderungen, aber auch psychische Auffälligkeiten) werden durch organische Defekte erklärt“ (Bengel u. a. 1999: 16f).

Vor dem Hintergrund dieses wissenschaftlichen Paradigmas gilt der menschliche Organismus als gesund, solange er in seinen Funktionen störungsfrei ist. Abweichungen von einer als ‚normal‘ deklarierten Funktionsfähigkeit des Menschen werden als pathogen, also krank eingestuft. Das bio-medizinische Modell konnotiert Gesundheit demnach mit körperlicher Funktionsfähigkeit und mit der Abwesenheit von Krankheit. Liegt keine Störung innerhalb des Organismus vor, wird der Mensch als ‚gesund‘ bezeichnet (vgl. Faltermaier u. a. 1998: 19).

Diese Einschätzung und Behandlung der Befindlichkeit vom professionellen medizinischen Standpunkt aus ist jedoch „nur durch eine äußerst vereinfachende und verzerrende Konstruktion der Wirklichkeit zu leisten“ (Faltermaier u. a. 1998: 19) und muss nicht zwangsläufig mit einer subjektiven Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes übereinstimmen. Wenn die Ursachen für Erkrankung nicht nur in einer naturwissenschaftlich begründbaren Dimension gesucht werden, sondern auch individuelle, soziale sowie ‚kulturelle‘ Faktoren berücksichtigt werden, bekommt die subjektive Beurteilung der eigenen Gesundheit einen zentralen Stellenwert (vgl. ebd.: 28f.). Der Mensch als aktiv handelndes Subjekt ist dann nicht mehr nur auf einer körperlichen Dimension als ‚krank‘ oder ‚gesund‘ einzustufen, sondern seine Befindlichkeit wird ganzheitlich unter Einbeziehung „seiner Vorstellungen von Gesundheit und seines Gesundheitshandelns im Kontext seiner subjektiven und biographischen Identitätskonstruktion“ (ebd.: 29) erklärbar.

Gesundheit und Krankheit sind somit interpretierbare Zustände im menschlichen Leben, die nicht universell festzulegen sind. Eine ausschließlich naturwissenschaftlich orientierte Sicht auf Gesundheit wird dadurch in Frage gestellt, dass Gesundheit nicht ausschließlich in einer körperlichen und organisch definierten Dimension verortet wird, sondern ganzheitlich und subjektorientiert als „soziale Kategorie“ (Faltermaier u. a. 1998: 30) gedacht werden kann. Subjektive Gesundheitsvorstellungen sind jedoch nicht

allein „individuell erzeugte Kognitionen“ (ebd.: 31), sondern stehen im Zusammenhang historisch-gesellschaftlicher Diskurse. Gesundheit sei somit auch ‚kulturell‘ bedingt. Wie diese ‚kulturelle‘ Bedingtheit im öffentlichen Diskurs verstanden werden kann und wie ich für den weiteren Verlauf der Arbeit damit umgehen möchte, wird im folgenden Kapitel diskutiert.

2.2 Die ‚kulturelle‘ Bedingtheit von Gesundheit

Wie im vorangegangenen Kapitel erläutert wurde, ist die Feststellung der menschlichen Gesundheit eine Frage des zugrunde liegenden Erklärungsparadigmas und ist „ganz grundsätzlich mit der Bedeutungsgebung verknüpft“ (Lux 2001: 30). Medizinethnologischen Studien entsprechend, ist diese Bedeutungszuschreibung abhängig von der ‚Kultur‘ des Menschen:

„Jede Kultur hat ein Ideensystem entwickelt, welches das Wissen dieser Kultur in ein logisches Miteinander bringt. Hier werden die materiellen Möglichkeiten, die Institutionen und die Vorstellungen über Heilinstanzen, Körper, Gesundheit und Krankheit miteinander verwoben“ (Lux 2001: 30).

Medizinisches Wissen⁹ entsteht diesem Ansatz zufolge vor dem Hintergrund der jeweils betrachteten ‚Kultur‘. Doch dieser Begriff wirft die bis heute meines Erachtens ungeklärte Frage auf, was unter der ‚Kultur‘ des Menschen zu verstehen sein kann.

In einem von Welsch als ‚traditionell‘ bezeichnetem Verständnis (vgl. Welsch 1998: 46) rekurriert der Kulturbegriff auf Herders Entwurf aus dem 18. Jahrhundert. Darin ging er von einem Bild von „Kulturen wie geschlossene Kugeln oder autonome Inseln“ (ebd.: 48) aus. Die jeweilige ‚Kultur‘ der Menschen sei demnach deckungsgleich mit der territorialen und sprachlichen Ausdehnung eines Volkes und entspräche einem ethnisch fundierten, homogenen, deutlich bestimm- und abgrenzbaren Gebilde. Diese Sicht auf ‚Kultur‘ als ethnisch begründetes Zeichen für Fremd- und Andersartigkeit von Menschen ist jedoch problematisch. Migrationsprozesse und internationale ökonomische Verflechtungen verdeutlichen, dass ‚kulturelle‘ Zugehörigkeit nicht eindeutig zu defi-

⁹ Der Begriff des medizinischen Wissens umfasst gesellschaftlich konstituiertes Wissen um Institutionen, Akteure, Ressourcen und Überzeugungen zur Gesundheitserhaltung und Krankheitsbehandlung (vgl. Sich u. a. 1995: 182).

nieren und abgrenzbar sein kann. Die gedachte Einheit von Gruppe, Raum und Zeit als die spezifische ‚Kultur‘ des Menschen wird in der Praxis mit einer ‚kulturellen‘ Pluralität konfrontiert, die im alltäglichen Leben sichtbar wird.

In Einwanderungsländern wird daher von einer ‚multikulturellen‘ Gesellschaft und ‚interkulturellen‘ Kontaktsituationen zwischen den Akteuren unterschiedlicher ‚Kulturen‘ gesprochen. Auch hierbei wird ‚Kultur‘ als homogen und abgrenzbar gedacht und weitestgehend mit der Herkunftsnationalität der Menschen gleichgesetzt (vgl. kritisch hierzu Welsch 1998: 49). Vernachlässigt wird dabei jedoch, dass Menschen in ihrem Leben nicht durch ihre ‚kulturelle‘ Herkunft konditioniert werden. Die Verhaltensweisen, die auf eine bestimmte Nationalität bezogen als ‚kulturell‘ wahrgenommen werden, müssen nicht zwangsläufig auf die Handlungen aller Menschen dieser Nationalität zutreffend sein. Wäre dies der Fall, und Menschen wären derart ‚kulturell‘ programmiert, müssten Kontaktsituationen zwischen Menschen aus unterschiedlichen ‚Kulturen‘ daran scheitern, dass sie die „fremdkulturelle[n; J. B.] Erscheinungsformen“ (Kohl 1993: 149) nicht „in den eigenkulturellen Erfahrungshorizont“ (ebd.: 149) übersetzen könnten.

Doch insbesondere im Kontext von Migrationsprozessen sind dynamische Austausch- und Verstehensleistungen zwischen Individuen unterschiedlicher ‚Kulturen‘ und unterschiedlicher Herkunft festzustellen. Als Resultat dieser wechselseitigen Beeinflussung der ‚Kulturen‘ werden nationale Mischformen konstruiert, um den Prozess vereinfachend darstellen zu können:

„Wir sprechen von Deutsch-Türken oder schwarzen Deutschen, um irgendein letztlich kaum vorstellbares ‚Dazwischen‘ auszudrücken. Aber letztlich betonen wir damit doch wieder nur die Gegensätzlichkeiten dessen, was sich hier mischt“ (Römhild 2001: 6).

Ein weiteres Mal wird der separatistische Aspekt der ‚traditionellen‘ Kulturdefinitionen erwähnt und von Römhild kritisch beleuchtet: ‚Kultur‘, so Römhild, dient generalisierend als „Sortiermuster“ (ebd.: 8), und wird hauptsächlich dann zitiert, wenn die prinzipielle Unterschiedlichkeit zwischen dem ‚Eigenen‘ und dem ‚Fremden‘ hervorgehoben und begründet werden soll.

Auch im Zusammenhang des Themas Gesundheit und Migration lässt sich die Tendenz feststellen, dass scheinbar ‚kulturell‘ begründete Gesundheitshandlungen von Menschen aus anderen Herkunftsländern kontrastierend einem als ‚normal‘ deklariertem Verständnis von Gesundheit und Krankheit gegenübergestellt werden. ‚Kultur‘ wird dann zu

einer „Abstandsmarkierung, mit der die Anderen als Fremde auf Distanz gehalten werden“ (ebd.: 8). Die „’kulturelle Fremdheit’ der Klienten“ (Habermann 1997: 56) wird betont und es wird vernachlässigt, dass auch strukturelle und politische Aspekte im Leben die Befindlichkeit von MigrantInnen beeinflussen¹⁰. Ebenso wird ignoriert, dass menschliche Aktivitäten nicht ausschließlich mit der fixen Prägung durch eine ‚kulturelle Herkunft’ begründet werden können, sondern auf gelebte Erfahrungen im Umgang mit unterschiedlichsten Wissensquellen zurückzuführen sind. Demnach haben auch MigrantInnen in Deutschland „Anteil an unterschiedlichen soziokulturellen Welten und damit auch die strategische Wahl, die angesichts einer solchen Teilhabe an pluralen Wirklichkeiten getroffen werden kann“ (ebd.: 158). Sie sind bezüglich ihrer Vorstellungen von Gesundheit und ihrer gesundheitsrelevanten Handlungen nicht zwangsläufig ‚kulturell’ gebunden. Stattdessen besitzen sie die Fähigkeit, auf im Laufe ihres Lebens erlerntes Wissen um Gesundheit kreativ und veränderbar zurückzugreifen, wobei die bekannten Gesundheitshandlungen „nur noch teilweise an die spezifische Situation adaptiert werden müssen“ (Demorgon; Molz 1996: 50). Diese Adaptionleistung fällt in den Bereich des individuellen Handlungsspielraums des Menschen, womit auf der einen Seite deutlich wird, dass kein Individuum „vollständig in seine Kultur(en) eingeschlossen, noch auf der anderen Seite von kollektiven kulturellen Orientierungen unabhängig“ (Demorgon; Molz 1996: 49) ist. So gesehen praktiziert jeder Mensch seine eigene ‚Kultur’, die gleichermaßen auf individuell erlebten und auf gemeinsam mit anderen Menschen geteilten Erfahrungen basiert und die daher nie mit der Kultur eines anderen Menschen identisch sein kann (vgl. Römhild 1998: 16). Der ethnisch fundierte Kulturbegriff, der eine unveränderliche, an der Herkunft des Menschen orientierte Fremdheit suggeriert, sollte Römhilds Argumentation folgend, daher durch einen erfahrungsorientierten Kulturbegriff abgelöst werden. Diese Vorstellung zielt darauf ab, „den Menschen aus der konzeptionellen Rolle eines passiven Objekts seiner Kultur zu befreien, ihn wieder als sozialen und kulturellen Akteur zu rehabilitieren, der durch sein alltägliches Handeln aktiv auf die Bedingungen seines Lebens einwirkt“ (ebd.: 17).

Auch in Bezug auf das Thema Gesundheit erscheint mir eine solche, an den Erfahrungen der MigrantInnen und der Umsetzung dieser Erfahrungen im Alltag interessierte

¹⁰ Vgl. auch die zusammenfassende Darstellung über die gesundheitlichen Belastungen von MigrantInnen aufgrund migrationsspezifischer Faktoren und sozialer Lage in Kapitel 3.1 der Arbeit.

Sichtweise produktiver, als die statische Fixierung gesundheitsrelevanter Handlungen auf die jeweilige ‚Herkunftskultur‘. Habermann geht diesbezüglich ebenfalls davon aus, dass die Erfahrungen der MigrantInnen im Umgang mit Gesundheit situationsabhängig aktiviert werden und sie mit ihrem „kulturellen Repertoire“ (Habermann 2001: 158) spielen können. Ihrer Ansicht nach praktizieren MigrantInnen ihre ‚kulturell‘ bedingten Gesundheitsvorstellungen im Migrationsalltag, indem sie „zwischen sogenannter ‚Tradition‘ und ‚Moderne‘ (...) pendeln, vermischen möglicherweise beides und kreieren dabei Neues“ (ebd.: 158). Eine Art „Rezeptwissen“ (ebd.: 161), welches die Gesundheitsvorstellungen von MigrantInnen und ihre gesundheitsrelevanten Handlungen generalisierend erklären kann, ist daher nicht einlösbar.

Für die Untersuchung von Gesundheitsvorstellungen afrikanischer MigrantInnen in Deutschland möchte ich mich aus diesem Grund darauf konzentrieren, worin auf der Ebene des Individuums die Erfahrungen mit medizinischem Wissen bestehen, wo und in welchem Kontext diese Erfahrungen gemacht wurden und inwiefern die Erfahrungen im Migrationskontext aktiv umgesetzt werden können. Die Umsetzung solcher, zumeist in einer räumlichen und zeitlichen Vergangenheit liegenden Erfahrungen im Umgang mit der eigenen Gesundheit, können als ‚alltagskulturelle Praxis‘ bezeichnet werden (vgl. Römhild 1998: 18). Mit dem Begriff Alltag wird der Bereich des menschlichen Lebens angesprochen, in dem zwischenmenschliche Kommunikation, Interaktion und somit Wissensvermittlung- und anwendung stattfinden. Im Alltag wird das jeweils individuell und kollektiv erfahrene Wissen, auch in Bezug auf Fragen der Gesundheit dynamisiert und in der praktische Anwendung modifiziert (vgl. ebd.: 19f.).

Da sich, wie die Diskussion des Kulturbegriffs zeigen konnte, das medizinische Wissen von MigrantInnen nicht allein mit ihrer nationalen und geographischen Herkunft erklären lässt, sind ihre Gesundheitsvorstellungen vor dem Hintergrund einer pluralistischen Wirklichkeit zu betrachten. Die komplexen und oftmals von Außenstehenden als widersprüchlich empfundenen Verflechtungen von tradierten und modifizierten Erfahrungen können als ‚alltagskulturelle‘ Gesundheitsvorstellungen bezeichnet werden, ohne die MigrantInnen stereotyp auf ihre Herkunftskultur (oder Nationalität) festzulegen. Den individuellen, aber auch den überindividuellen Aspekten ihres gesundheitsrelevanten Handelns, kann somit Rechnung getragen werden. Diese flexible und an den konkreten Handlungen und Vorstellungen im Alltag orientierte Vorgehensweise empfiehlt sich

dann besonders, wenn Gesundheit vor dem Hintergrund gesundheitsorientierter Prämissen thematisiert wird, die ich im nächsten Kapitel vorstelle.

2.3 Gesundheitsorientierte Forschung

Gesundheitsorientierte Forschung, die Salutogenese, fragt nach den Bedingungen für menschliche Gesundheit und nicht, wie der Ansatz der Pathogenese, nach der Entstehung und den Merkmalen von Krankheit. Der Begriff Salutogenese ist ein Neologismus. Er setzt sich zusammen aus dem lateinischen Wort ‚Salus‘ für Unverletztheit, Heil, Glück, und dem griechischen Wort für ‚Entstehung‘, ‚Genese‘. Salutogenese entspricht demnach der Wissenschaft von der Entstehung der menschlichen Gesundheit (vgl. Bengel u. a. 1999: 24).

Die salutogenetische Sichtweise, oftmals als medizinischer Paradigmenwechsel bezeichnet (vgl. Bengel u. a. 1999: 9, auch Schüffel u. a. 1998: 1 und Faltermaier 2000: 186), untersucht und beschreibt „Kräfte, die dem Individuum helfen, Gesundheit zu entwickeln. Diese Kräfte fördern die Fähigkeit des Individuums, mit den Belastungen des Lebens erfolgreich, eben kreativ umzugehen“ (Schüffel 1998: 2). Die Grundlage dieses Forschungsansatzes bildet demnach der Begriff der Gesundheit. Ausgehend von der WHO-Definition von Gesundheit: „Health is a state of complete pyhsical mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO 2003a), zielt Gesundheitsförderung insbesondere auf die Bereiche des menschlichen Lebens ab, in denen die Gesundheit im Lebensalltag des Menschen eine Rolle spielt. Gesundheit ist in dem Rahmen zu untersuchen und zu fördern, in dem Menschen wohnen, arbeiten und ihre Freizeit gestalten (vgl. Gerber; Stünzner 1999: 54f.). Gesundheitsförderung entspricht in dieser Vorstellung nicht nur einer Behandlung von Beschwerden im akuten Krankheitsfall, sondern umfasst ganzheitlich ein möglichst gesundes Leben. Dafür ist der bewusste Umgang mit der eigenen Gesundheit der betroffenen Personen relevant. In der 1. Konferenz zur Gesundheitsförderung, der Ottawa-Charta von 1986 (vgl. WHO 2003b), wurden in diesem Zusammenhang die Widerstandsressourcen und Kompetenzen des Menschen betont, die zur eigenständigen Erhaltung und Förderung der Gesundheit beitragen können. Diese Vorstellung von gesundheitserhal-

tenden menschlichen Fähigkeiten basiert auf dem medizinsoziologischen Modell der Salutogenese.

Rekurrierend auf Aaron Antonovsky, theoretischer Begründer des Salutogenese-Modells¹¹, wird davon ausgegangen, dass Menschen im Laufe ihres gesamten Lebens gesundheitlich belastenden Faktoren (Stressoren) ausgesetzt sind, die sie jedoch mit Hilfe von Widerstandsressourcen bewältigen können (vgl. Antonovsky 1997: 16).

Diesem salutogenetischen Modell liegt die Annahme zugrunde, dass die menschliche Gesundheit niemals ein ausschließlicher Zustand sein kann. Das heißt, Gesundheit und Krankheit werden nicht als trennscharf voneinander abgrenzbar gedacht, sondern entsprechen eher einem „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“ (ebd.: 15). Antonovsky argumentiert: „Wir sind alle sterblich. Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch von Leben in uns ist, in einem gewissen Ausmaß gesund.“ (ebd.: 23). In dieser Vorstellung ist das menschliche Leben kein Gleichgewichtszustand, sondern ein Ungleichgewicht, innerhalb dessen sich der Mensch behaupten muss (vgl. Schneider 2000: 21). Gesundheit besteht also im fortwährenden Wechsel zu Krankheit und der Mensch bewegt sich im Laufe seines Lebens auf der Skala des Kontinuums zwischen beiden Zuständen hin und her. Mit Hilfe bestimmter Widerstandsfähigkeiten, den gesundheitlichen Ressourcen, versuchen Menschen den Anforderungen des Lebens auf ‚gesunde‘ Weise gerecht zu werden und streben ein Gleichgewicht zwischen beiden Polen des Kontinuums (vgl. Gerber; Stünzner 1999: 46) an.

Antonovsky drückt seine Vorstellung vom menschlichen Leben bildhaft aus: Menschen befinden sich in verschiedenen Flüssen, deren Strömungen, Strudel und Gefahrenquellen unterschiedlich ausgeprägt sind. Um zu überleben, müssen die Menschen schwimmen lernen. ‚Gesund sein‘ heißt somit vor dem Hintergrund dieses Bildes, ein guter Schwimmer zu werden (vgl. Schneider 2000: 22, Antonovsky 1997: 92).

¹¹ Das Modell der Salutogenese basiert auf den Ergebnissen einer israelischen, gesundheitssoziologischen Studie der 1970er-Jahre. Unter der Leitung von Aaron Antonovsky wurde die gesundheitliche Situation von Frauen aus unterschiedlichen ethnischen und subkulturellen Gruppen in Israel, während ihrer Menopause untersucht. Ein Ergebnis der Studie war die Feststellung, dass diejenigen Frauen, die Überlebende des Holocaust waren, gesundheitlich in schlechterer Verfassung während ihrer Menopause waren, als Frauen ohne diesen traumatischen biographischen Hintergrund. Gleichzeitig beobachtete Antonovsky jedoch auch Ausnahmen: Einige der Frauen, die in ihrer Vergangenheit stark belastet waren, konnten dennoch eine sehr gute Gesundheit vorweisen und bewältigten die Beschwerden während ihrer Menopause erfolgreich. Antonovskys weitere Forschung führte aufgrund dieser Feststellung zu der salutogenetischen Frage: Wie gelingt es Menschen, ihre Gesundheit trotz starker gesundheitlicher Belastungen erfolgreich zu bewahren und worin besteht diese Fähigkeit (vgl. Maoz 1998: 13f.).

Die Frage, wie Menschen im Laufe ihres Lebens zu ‚guten Schwimmern‘ werden können und worin demnach ihre Fähigkeiten bestehen, sich auch in gesundheitlich belasteten Situationen gesund zu erhalten, beantwortet Antonovsky mit dem menschlichen „Kohärenzgefühl“ (Bengel u. a. 1999: 28). Äußere Faktoren, wie finanzielle Absicherung sowie eine intakte soziale und ökologische Umgebung können eine Grundlage für die erfolgreiche Bewältigung von spannungsvollen Lebensereignissen darstellen. Ebenso wichtig sind die inneren, personenspezifischen Ressourcen des Menschen. Die von Antonovsky als Kohärenzgefühl bezeichnete Lebenseinstellung des Menschen umfasst eine allgemeine Grundhaltung der Welt und dem eigenen Leben gegenüber. Die „individuellen, sowohl kognitiven als auch affektiv-motivationalen Grundeinstellungen“ (ebd.: 28), ermöglichen es, die Lebensereignisse überschau- und verstehbar erscheinen zu lassen. Erlebt ein Mensch sein Leben als kohärent, kann sie oder er die ständigen Einflüsse und Informationen, die von außen auf sein Leben wirken, in bereits vorhandene Erklärungsmuster einordnen und strukturieren.

Die Situationen, in denen solche äußeren Einflüsse vorherrschen, werden somit handhabbar, das heißt der Mensch kann sich dank seiner Fähigkeiten auf unbekannte Ereignisse einlassen und sich zurecht finden, ohne zwangsläufig durch die derart entstandenen Stressoren negativ beeinflusst zu werden. Die Bewältigung von unbekannten und spannungsvollen Situationen kann jedoch erst dann erfolgreich verlaufen, wenn das eigene Leben und die Überwindung von Problemen darin, als sinnvoll erlebt werden. Antonovskys Konzept des Kohärenzgefühls basiert demnach auf den drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit, die es Menschen, je nach Vorhandensein in unterschiedlichem Maße erleichtern, ihre Gesundheit in einer generell nicht vorherbestimmbaren Lebensumwelt aufrecht zu erhalten (vgl. Bengel u. a. 1999: 28ff.). Sie ermöglichen den flexiblen Umgang mit unterschiedlichen Anforderungen im Leben und gleichen einem „Steuerungsprinzip“ (ebd.: 30), durch das die personalen Widerstandsressourcen mobilisiert werden können.

Im Kontext von Migrationsprozessen ist das Konzept des Kohärenzgefühls von besonderer Bedeutung. Die umfassenden, lebensräumlichen Veränderungen müssen von den MigrantInnen nicht zwangsläufig als negative Belastung wahrgenommen werden, wenn sie ihren Lebensalltag als versteh- und handhabbar sowie sinnvoll erleben können. Auch der Umgang mit der eigenen Gesundheit wird dann als kontrollierbar erfahren. Um die

Gesundheit von MigrantInnen ganzheitlich betrachten zu können, bietet es sich dementsprechend an, ihren Lebensalltag in Deutschland zu fokussieren und zu erfragen, wie sie ihr Leben selbst einschätzen und sich dementsprechend als aktiv handelnd wahrnehmen können. Diese salutogenetisch orientierte Vorgehensweise betont die personenspezifischen Widerstandsfähigkeiten der MigrantInnen und bietet Einblicke in ihre im Alltag praktizierten gesundheitsrelevanten Handlungen. Dabei geht es nicht um einen beruflich erlernten Umgang mit Gesundheit, sondern um laienmedizinische Kompetenzen, die in der Regel von den betroffenen Personen selbst zur Erhaltung der eigenen Gesundheit angewendet werden. Die nachfolgenden Ausführungen erläutern worin laienmedizinische Kompetenzen bestehen, in welchen Situationen und von welchen Akteuren sie angewendet werden.

2.4 Laienkompetenzen im Umgang mit Gesundheit

Der Umgang mit Gesundheit und medizinischem Wissen findet auf unterschiedlichen gesellschaftlichen Ebenen statt. Medizinisch ausgebildete SpezialistInnen sowie pflegerisch und psychosozial geschultes Personal agieren innerhalb eines professionell-formellen Rahmens und sind einer öffentlichen und institutionalisierten Ebene zuzuordnen (vgl. Faltermaier u. a. 1998: 31). Sie sind professionelle ExpertInnen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Doch gesundheitsbezogenes Handeln findet auch auf einer subjektiven und informellen Ebene statt (vgl. ebd.: 31). Krankheiten werden auch ohne theoretisch fundiertes Fachwissen im Familienkreis, durch Nachbarschaftshilfe oder in Selbsthilfegruppen behandelt. Das Wissen um Handlungen, die der eigenen Gesundheit zuträglich sind oder schädigende Wirkungen haben können, wird auf individueller Ebene von medizinischen Laien alltäglich umgesetzt. Medizinische Laien sind Personen, die keine medizinische Ausbildung haben und im Gegensatz zu professionellen Akteuren auf individueller Ebene gesundheitsrelevante Aktivitäten ausüben (vgl. Bauch 2000: 182f.). Sie nehmen, insbesondere im Zusammenhang von Gesundheit im *Alltag*, eine wichtige Rolle ein: „It is the lay, non-professional, non-specialist, popular culture arena in which illness is first defined and health care activities initiated“ (Kleinman 1980: 50).

Viele Handlungsbereiche des professionellen Gesundheitswesens überschneiden sich mit den Handlungen von medizinischen Laien. Sie unterscheiden sich allerdings hinsichtlich der formell-öffentlichen bzw. informell-privaten Handlungsebenen.

Kleinman spricht diesbezüglich von einer sektoralen Gliederung im Umgang mit Gesundheit und differenziert zwischen drei, ihm zur Folge weltweit anzutreffenden Sektoren: dem professionellen Sektor, dem volksmedizinischen Sektor und dem Laiensektor (vgl. Kleinman 1980: 50). In den folgenden Betrachtungen wird der volksmedizinische Sektor ebenfalls als professioneller Sektor begriffen. Im Original verwendet Kleinman die Formulierungen „popular, professional and folk sectors“ (Kleinman 1980: 50). Kleinman unterstellt dem volksmedizinischen Sektor ‚Nicht-Professionalität‘ (vgl. Kleinman 1980: 59), was meines Erachtens für die Akteure, die er diesem Sektor zuordnet, HerbalistInnen, SchamanInnen, sakrale HeilerInnen, DivinatorInnen (vgl. Kleinman 1980: 59f.) nicht zutreffend ist. Die oftmals jahrelange Ausbildung der auch als ‚traditionell‘ bezeichneten Heilkundigen (vgl. Pöschl 1987: 130ff.) und ihre hohe Anerkennung bei ihrer Klientel spricht gegen Kleinmans Argumentation.

Der *professionelle Sektor* umfasst somit allgemeiner formuliert, die Gesamtheit der beruflich ausgeübten medizinischen Tätigkeiten. Dabei handelt es sich in der Regel um formell organisierte, institutionalisierte Heilberufe und Praktiken ebenso wie um heilkundige Personen mit ‚traditionellem‘ Ausbildungshintergrund. Sie haben, wie die Akteure der staatlich institutionalisierten Basisgesundheitsversorgung, der ‚Primary Health Care‘ (vgl. Bös; Wörthmüller 1987: 12f.), einen professionellen ExpertInnenstatus im Gesundheitsbereich. Die besonderen Stärken der ‚traditionellen Heilkundigen‘ liegen vor allem in ihrer oftmals unmittelbaren Einbettung in das soziale Umfeld ihrer Klientel, ihrem Zugang zu lokalem Wissen und den vorhandenen regionalen Sprachkenntnissen (vgl. Pöschl 1987: 145). Daher wird in vielen Ländern eine aktive Zusammenarbeit zwischen Primary Health Care-Programmen und lokal ansässigen HeilerInnen angestrebt, um auch in den ländlichen Bereichen die gesundheitliche Versorgung der Menschen zu verbessern (vgl. Fink 1990: 38ff., auch Sommerfeld 1987: 75ff.). Sind jedoch keine professionellen medizinischen ExpertInnen erreichbar, oder ist die Konsultation von ÄrztInnen zu kostspielig oder aufwendig, werden gesundheitsrelevante Praktiken zunächst innerhalb des *Laiensektors* durchgeführt.

Die gesundheitlichen Aktivitäten medizinischer Laien finden vor allem in ihrem Alltag statt (vgl. Faltermaier u. a. 1998: 33). Beschwerden und Krankheiten werden in hohem Maße von den Betroffenen selbst – ohne vorherige Konsultation einer medizinischen Fachkraft – behandelt:

„Zwei Drittel bis drei Viertel aller Gesundheitsprobleme werden in der Familie behandelt; über 90 Prozent der Bevölkerung praktiziert eine Form von Gesundheitshilfe, die vor allem im präventiven Bereich konkurrenzlos ist. Die Selbstmedikation bei Beschwerden und Erkrankungen ist ein verbreitetes Phänomen und umfaßt etwa 37 Prozent aller verkauften Arzneimittel“ (Faltermaier u. a. 1998: 14).

Diese weltweit anzutreffende Form der Selbstmedikation medizinischer Laien (vgl. Kleinman 1980: 50) setzt die eigene Einschätzung der Befindlichkeit voraus. Dabei ist das „individuell definierte Ausmaß der Bedrohung durch Krankheit“ (Bauch 2000: 183) ausschlaggebend dafür, ob die Person die Symptome als selbständig behandelbar empfindet, oder ob sie Familienmitglieder oder Freunde konsultiert und im weiteren Verlauf „eine Selbstmedikation erfolgt oder ob sie professionelle Hilfe in Anspruch nimmt“ (ebd.: 183). Die betroffenen Personen können zwischen den Behandlungsmethoden, die ihnen zur Verfügung stehen, wählen.

Das soziale Umfeld, Familienmitglieder, Freunde und enge Vertraute sowie Selbsthilfeinitiativen und in manchen Fällen sogar lokale administrative Instanzen¹² leisten ihnen dabei unter Umständen beratende Hilfestellung (vgl. Faltermaier: 1998: 32). Der zunächst subjektiv beurteilten Befindlichkeit wird darüber eine soziale, intersubjektive Dimension verliehen:

„In the popular sector, individuals first encounter disease in the family. We can think of the following steps occurring, at least initially: perceiving and experiencing symptoms; labelling and valuating the disease; sanctioning a particular kind of sick role (acute, chronic, impaired, medical or psychiatric, etc.); deciding what to do and engaging in specific health care-seeking behaviour; applying treatment; and evaluating the effect of self-treatment and therapy obtained from other sectors of the health care system“ (Kleinman 1980: 51f.).

Jede Art der Selbstbehandlung erfordert dabei ein Mindestmaß an Wissen über mögliche gesundheitserhaltende und im Krankheitsfall anzuwendende Praktiken. Kleinman

¹² Faltermaier bemerkt hierzu, dass sich aus allen Handlungsbereichen medizinischer Laien auch politisches Handeln entwickeln kann, „indem Bürger und Bürgerinnen eigenständig Ziele einer präventiven, rehabilitativen oder psychosozialen Gesundheitspolitik verfolgen oder unterstützen“ (Faltermaier u. a. 1998: 33). Auf diese gesundheitspolitischen Entwicklungen kann jedoch in der Arbeit nicht näher eingegangen werden, da dies den thematischen Rahmen überschreiten würde.

betont diesbezüglich, dass spezielles Wissen hinsichtlich der Aufrechterhaltung und der Förderung von Gesundheit im Alltag bei medizinischen Laien besonders verbreitet ist: „It is important to emphasize that most of it is not preoccupied with sickness and care but with ‚health‘ and ‚health maintenance‘“ (ebd.: 53). Gesundheit steht demnach im Mittelpunkt der Aktivitäten, und bestätigt die salutogenetische Grundannahme, dass Menschen über elementare gesundheitserhaltende Ressourcen verfügen, die sie zur erfolgreichen gesundheitlichen Bewältigung des eigenen Lebens befähigen (vgl. Gerber; Stünzner 1999: 42ff.). Kleinman betont diesbezüglich die Bedeutung ‚kulturell bedingter‘ kognitiver Strukturen für das auf Gesundheit ausgerichtete Handeln:

“The sick person and his family utilize belief and values about illness that are part of the cognitive structure of the popular culture. The decisions they make cover a range of possible alternatives. The family can disregard signs of illness by considering them to be ordinary or ‘natural’, or they can validate the sick person’s sick role” (Kleinman 1980: 52).

Seine Ausführungen legen nahe, dass den alltäglichen gesundheitlichen Handlungen von medizinischen Laien individuelle und überindividuelle, somit auch kollektive Vorstellungen zugrunde liegen (vgl. Faltermaier u. a. 1998: 50). Diese werden zunächst jedoch nur aus der subjektiven Perspektive der Handelnden selbst erklärbar.

Sie selbst sind die ExpertInnen der eigenen Gesundheit und wissen, wie sie bei Belastungen reagieren und welche Behandlungsmethoden eine Besserung gesundheitlicher Beschwerden bewirken. Diese Selbsthilfepotenziale, welche wiederum eng mit Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit verknüpft sind, werden im akuten Krankheitsfall und im Lebensalltag eingesetzt. Dabei wird auf tradierte kollektive Erfahrungen im Umgang mit Gesundheit ebenso zurückgegriffen, wie auf individuell gemachte einzelne Erfahrungen. In diesem Zusammenhang ist wieder die Bedeutung der Familie und des sozialen Umfelds zu nennen, die oftmals über Generationen hinweg Familienrezepte und Gesundheitstipps weitervermitteln.

Laienkompetenzen sind eine Mischung zwischen den eigenen, immer wieder aktualisierten Erfahrungen mit der individuellen Befindlichkeit und den Erfahrungswerten, die innerhalb der Gemeinschaft gesammelt und weitervermittelt werden. Im Zusammenhang von Migrationsprozessen rückt der individuell organisierte Umgang mit Gesundheit besonders stark in den Vordergrund. Gesundheit wird nicht mehr innerhalb des bisherigen sozialen Umfelds, sondern in einem anderen gesellschaftlichen Rahmen erlebt.

Dementsprechend gewinnt auch die subjektive Einschätzung der Situation an Bedeutung. Gleichzeitig bleiben aber auch die gesammelten Erfahrungen aus der Vergangenheit in der Erinnerung der Menschen bestehen und werden im Alltag aktiv praktiziert. Denn, so konstatiert die kamerunische Ärztin Nzimegne-Gölz: „*auch wenn sie in Europa leben, haben sie natürlich die Hintergründe mitgenommen*“ (Nzimegne-Gölz 2003/III: 2). Das Gesundheitswissen, welches zum einen durch ganz persönliche Erfahrungen, zum anderen aber auch im Kontext des Alltagslebens in den Herkunftsländern *und* in Deutschland gewonnen wurde, wird individuell umgesetzt. Gesundheit ist in den Erfahrungen der Menschen somit mehrdimensional verankert und es bedarf einer akteurszentrierten Vorgehensweise, um die Gesundheitsvorstellungen im Migrationskontext erfragen zu können. Im nächsten Kapitel stelle ich meine diesbezüglich gewählte Vorgehensweise detailliert vor.

2.5 Methodische Vorgehensweise

Um die Dimensionen des Gesundheitsbegriffs von MigrantInnen afrikanischer Herkunft zu untersuchen und herauszufinden, wie Gesundheit innerhalb meiner Zielgruppe erlebt wird, führte ich von Januar bis April 2003 mit insgesamt 10 Frauen und Männern offene Interviews¹³. Während der Vorbereitungsphase für die Interviews konnte ich parallel zum Studium der themenrelevanten Literatur in informellen Unterhaltungen mit Bekannten aus afrikanischen Herkunftsländern feststellen, dass „neben dem Erleben einer Krankheit auch andere Lebensereignisse und konkrete gesundheitsbezogene Aktivitäten im Alltag“ (Faltermaier u. a. 1998: 67) einen verbalen Einstieg in das Thema Gesundheit ermöglichen. Mich erwartete ein sehr breites Anknüpfungsspektrum innerhalb der Thematik, weshalb ich zur Datengewinnung qualitative Erhebungsverfahren in Form des offenen, leitfadenorientierten Interviews verwendete (vgl. Faltermaier 1991: 305f.). Es erschien mir sinnvoll, meine GesprächspartnerInnen die Schwerpunkte innerhalb der Interviews zunächst selbst bestimmen zu lassen. Ihre persönlichen Gewichtungungen innerhalb des Themengebietes und ihre individuellen Verknüpfungen mit den eigenen Migrationsbiographien waren für die Durchführung der Studie von Priorität. Diese akteurszentrierte Vorgehensweise ermöglichte es mir, alltagsweltliches Gesundheitswissen und individuelle Gesundheitsvorstellungen zu erfragen. Unter Gesundheitsvorstellungen wird das „Gesamt der auf die Gesundheit bezogenen Überzeugungen, Überlegungen und Ideen einer Person oder einer Gruppe von Personen“ (Faltermaier u. a. 1998: 37) verstanden. „Dazu gehört insbesondere das subjektive Konzept von Gesundheit (was versteht eine Person unter Gesundheit, insbesondere bezogen auf ihre eigene Gesundheit?) und die subjektiven Theorien von Gesundheit (welche Einflüsse sieht eine Person in Bezug auf ihre Gesundheit?)“ (ebd.: 37). Die in den Interviews gewonnenen Erkenntnisse über gesundheitsbezogene Vorstellungen ergänzten meine Lektüre der Fachliteratur, die eher an allgemeinen pathogenetischen Faktoren der Migration orientiert ist. Parallel zu den Interviews mit medizinischen Laien führte ich offene, leitfadenorientierte Gespräche mit ExpertInnen. Die diesbezüglich befragten Personen zeichneten sich durch ihre berufliche Tätigkeit mit afrikanischen MigrantInnen im Gesundheits- und

¹³ Eine biographische Einführung der befragten Personen folgt in Kapitel 3.2. Eine alphabetische Auflistung der InterviewpartnerInnen und kurze Informationen zur Interviewsituation s. Anhang.

Sozialwesen¹⁴ aus und verfügten über praxisnahe Erfahrungen, sowie über theoretisch fundiertes Wissen über das Themengebiet (vgl. Meuser; Nagel 1991: 443f.).

Im folgenden Kapitel stelle ich meine gewählte Zielgruppe der afrikanischen MigrantInnen in Deutschland vor, erläutere die Kriterien für die Auswahl der befragten InterviewpartnerInnen und schildere die Entwicklung des Interviewleitfadens sowie die Durchführung der Gespräche.

2.5.1 Die Zielgruppe: afrikanische MigrantInnen in Deutschland

Laut Angaben des Statistischen Bundesamtes befanden sich im Jahr 2002 rund 308.000 Personen aus Ländern Afrikas in Deutschland (Stat. Bundesamt Wiesbaden 2002). Afrikanische Menschen bilden, verglichen mit der gesamten Anzahl von 7.318.628 in der Bundesrepublik lebenden AusländerInnen (Stat. Bundesamt Wiesbaden 2002), nur eine relativ kleine Gruppe von MigrantInnen. Ihre verhältnismäßig geringe Anzahl lässt jedoch nicht darauf schließen, dass es sich um eine in sich geschlossene Gruppe handelt. Außer ihrer gemeinsamen Herkunft vom afrikanischen Kontinent weisen afrikanische MigrantInnen nur in wenigen Lebensbereichen Gemeinsamkeiten auf: Sie kommen aus unterschiedlichsten Ländern, sind anderer ethnischer Herkunft und haben zahlreiche divergierende Motive für ihre Abwanderung nach Deutschland.

Afrikanische MigrantInnen können regional zwischen Ländern des nördlichen Afrikas und dem subsaharischen Raum unterschieden werden. Bis in die 1980er Jahre kamen MigrantInnen aus Ländern Nordafrikas, aus Marokko, Algerien, Libyen, Tunesien und Ägypten verstärkt nach Deutschland. Personen aus diesen Ländern Afrikas machen auch heute über zwei Drittel der gesamten afrikanischen Bevölkerung in Deutschland aus. Ihre Zuwanderung in die Bundesrepublik, insbesondere die der marokkanischen und tunesischen MigrantInnen, wurde vor allem durch die Anwerbung männlicher Gastarbeiter gefördert. Nach dem Anwerbestopp von 1973 zogen die Familien der als Gastarbeiter geworbenen Migranten verstärkt nach und haben bis heute ihren Wohnort teilweise oder vollständig nach Deutschland verlegt (vgl. Harmsen 1997: 108ff., Marti-

¹⁴ In Kapitel 2.3.2 stelle ich die unterschiedlichen Arbeitsgebiete der ExpertInnen kurz vor und biete im Anhang eine alphabetische Aufstellung der befragten Personen sowie die Kontaktadressen der jeweiligen Organisation an.

ni 1997: 169ff.). Die Situation der aus Marokko und Tunesien stammenden MigrantInnen wurden unter den Aspekten der Migrationstypen Arbeits- und Kettenmigration¹⁵ in der deutschen Forschungsliteratur bereits thematisiert (vgl. auch Lentz 2002: 10).

Im Gegensatz dazu existiert über die Lebensweisen der rund 48.500 subsaharischen MigrantInnen in Deutschland¹⁶ (Stat. Bundesamt 2002) nur wenig Fachliteratur und auch bezüglich ihrer gesundheitlichen Situation ist die aktuelle Forschungsliteratur sehr überschaubar¹⁷. Die Zuwanderungen zumeist einzelner Personen (im Gegensatz zu den Gruppenzuwanderungen in der Gastarbeiterphase) aus subsaharischen Regionen Afrikas verstärkten sich erst mit Beginn der 1980er-Jahre. Grund für die Einwanderungen ist nach wie vor häufig die Flucht vor Kriegen, ökonomischen Missständen und Hungersnöten in der Heimat (vgl. Loncarevic 2001: 70f.). Aber auch Bildungsgründe, der Wunsch zu studieren oder eine Ausbildung in Deutschland zu absolvieren, führen zur temporären oder dauerhaften Abwanderung aus den afrikanischen Herkunftsländern. Dementsprechend sind die Migrationstypen der afrikanischen ZuwanderInnen aus subsaharischen Ländern sehr facettenreich: Es handelt sich um BildungsmigrantInnen, Flüchtlinge und Asylbewerber sowie ökonomisch motivierte Einwanderer und Personen ohne legalen Aufenthaltsstatus (vgl. Lentz 2002: 10f.).

Soziale Kontakte der afrikanischen MigrantInnen finden hauptsächlich innerhalb des engeren sozialen Umfeldes statt und sind an ethnischer und nationalsprachiger Zugehörigkeit orientiert. Überindividuelle Netzerkennungen, Vereine und Institutionen, drücken zwar eine Form des Gemeinschaftsbewusstseins aus (vgl. Ksinsik 2001: 24f.), dürfen jedoch nicht über die Unterschiede zwischen den einzelnen MigrantInnen hinweg

¹⁵ Zur Entwicklung der Arbeitsmigration in der Bundesrepublik s. Tsapanos (1997: 179f.). Die Kettenmigration, die nach dem Anwerbestopp der Bundesregierung von 1973 durch Familiennachzug einsetzte, funktioniert auf Basis von sozialen Beziehungskonstellationen. Die bereits im Zielland oder –ort anwesende Person stellt für die Erstankommenden eine „Art Brückenkopf bzw. Anlaufstation“ (Wenning 1997: 220) dar. Im weiteren Verlauf der Migrationsprozesse entsteht ein eigenständiges soziales, häufig auch ethnisch definiertes Netzwerk. Die Verwandtschaftsbeziehungen wirken somit in der Zuwanderungsregion weiter und intensivieren sich unter Umständen sogar (vgl. ebd.: 220).

¹⁶ Eine von Lentz und von Nolting (2000) erstellte kommentierte Bibliographie der bis 1999 veröffentlichten Literatur zu AfrikanerInnen in Deutschland bietet einen umfassenden Einblick in die vorhandene Literatur. Die Ergebnisse einer Lehrforschung zu AfrikanerInnen in Frankfurt am Main von Lentz (2002) bieten zusätzlich praxisnahe Informationen zum Thema.

¹⁷ Insbesondere im Zusammenhang mit HIV-Präventionsmaßnahmen stellen afrikanische MigrantInnen die Zielgruppe bei gesundheitlichen Untersuchungen dar. Eine Bestandsaufnahme zur Entwicklung eines kulturspezifischen Konzepts für die HIV- und AIDS-Prävention bei afrikanischen MigrantInnen sowie eine Dokumentation der Fachtagung „Interkulturelle Aspekte der HIV-Prävention und Versorgung für Menschen aus Afrika“ in Duisburg geben diesbezüglich Einblick in die Thematik (vgl. Muluneh; Waka 1999, s. auch Stadt Duisburg 2001).

täuschen. Ihre individuellen Migrationsziele, ihre unterschiedlichen sozialen Lagen und ihre divergierenden ethnischen Zugehörigkeiten führen dazu, dass *AfrikanerInnen in Deutschland* nicht als homogene Gruppe konstruiert werden können (vgl. Lentz 2002: 28). Dennoch werden Menschen aus Ländern Afrikas von der deutschen Bevölkerung häufig fälschlicherweise stereotyp als ‚afrikanisch‘ im Sinne eines Gruppenkollektivs wahrgenommen¹⁸.

Auch im Hinblick auf Gesundheit ist bei MigrantInnen aus afrikanischen Herkunftsländern von keiner einheitlichen Situation auszugehen. In vielen Fällen ist die Migration von Menschen aus Ländern Afrikas nach Deutschland von enormen körperlichen und psychischen Strapazen begleitet (vgl. Ksinsik 2001: 22, auch Sieber 2001: 348). Zudem sind die individuelle Lebenssituation in Deutschland, ihre finanziellen Mittel und ihr jeweiliger Aufenthaltsstatus wichtige Faktoren, welche die gesundheitliche Situation von MigrantInnen aus afrikanischen Ländern beeinflussen können (vgl. Ksinsik 2001: 22). Diese Faktoren implizieren häufig starke gesundheitliche Belastungen für die MigrantInnen, die sich in ihrem Lebensalltag in Form von Erkrankungen äußern können. Daraus darf jedoch nicht geschlossen werden, dass afrikanische MigrantInnen (ebenso wie die restliche ausländische Bevölkerung in der Bundesrepublik) den sozialen Missständen und gesundheitlichen Belastungen passiv ausgeliefert sind. Der Lebensalltag in Deutschland wird von ihnen, ebenso wie ihr Umgang mit der eigenen Gesundheit aktiv mitgestaltet (vgl. Faltermaier 2001: 112). Dabei spielen individuelle gesundheitliche Dispositionen sowie ihr bislang erworbenes laienmedizinisches Wissen eine zentrale Rolle. Um die Gesundheit afrikanischer MigrantInnen im Kontext des deutschen Migrationsalltags nicht ausschließlich von einer pathogenen Perspektive zu beleuchten, bedarf es daher einer Betrachtung ihrer individuellen biographischen Hintergründe und der Untersuchung ihrer subjektiven Vorstellungen von Gesundheit. Die Kriterien für die Auswahl meiner GesprächspartnerInnen werden im folgenden Kapitel erläutert.

¹⁸ Die stereotypen und oftmals rassistischen Darstellungen Afrikas und ‚der AfrikanerInnen‘ in deutschen Medien und Schulbüchern konzentrieren sich laut Poenicke vor allem auf das Bild von einer afrikanischen Mangelgesellschaft: „Tägliches Leben in Afrika sehen sie fast immer als Dorfleben. Afrikanische Männer jagen, afrikanische Frauen sammeln. Arm sind sie alle, auch in der Stadt. Afrika ist vor allem defizitär: ganze Mängelkataloge mit all dem, was die Menschen dort nicht haben, können, wissen, werden in den Aufsätzen zusammengestellt. Was sie haben können, wissen, scheint selten überhaupt zu interessieren, oder vielleicht erscheint es den Befragten unmöglich, dass die Leute in Afrika etwas haben, können, wissen könnten“ (Poenicke 2001: 8).

2.5.2 Die Auswahl der InterviewpartnerInnen

Mit der vorliegenden Studie soll ein erster Einblick in die Gesundheitsvorstellungen und das alltagsrelevante Gesundheitswissen afrikanischer MigrantInnen ermöglicht werden. Die vorliegende Studie erhebt nicht den Anspruch, die Lebenssituation der befragten Personen und ihren Gesundheitszustand (aus naturwissenschaftlicher Sicht) objektiv wiederzugeben. Ebenso wenig können die Ergebnisse der Studie verallgemeinernd auf die Gesamtheit der afrikanischen Bevölkerung in Deutschland bezogen werden, da es sich bei der Vorgehensweise der Interviewbefragung lediglich um die Darstellung eines subjektiv gewählten Teilausschnitts der Wirklichkeit handeln kann (vgl. Maindok 1996: 99f). Weiterhin zu berücksichtigen ist, dass es sich bei den Interviews um eine hermeneutische Auseinandersetzung handelt und somit außer der subjektiven Darstellung der MigrantInnen selbst auch meine eigenen Interpretationen der Aussagen (die im weiteren Verlauf der Arbeit als solche gekennzeichnet sein werden) in die Resultate mit einfließen. Die Ergebnisse der Befragungen beleuchten jedoch einen Ausschnitt der gesundheitlichen Wirklichkeit in Deutschland aus Sicht der betroffenen Personen selbst und bieten eine salutogenetisch orientierte Perspektive auf die komplexen Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Migrationsprozessen.

Für die Interviews befragte ich insgesamt 10 Personen aus afrikanischen Herkunftsländern. Sie kamen aus den Herkunftsländern Burkina Faso, Côte d' Ivoire, Demokratische Republik Kongo, Gabun, Ghana, Kamerun, Kenia und Senegal. Eine Vorabbeschränkung in der Auswahl meiner InterviewpartnerInnen hinsichtlich ihrer regionalen Herkunft fand lediglich in der Abgrenzung zu Ländern des nördlichen Afrikas statt. Die Wahl meiner InterviewpartnerInnen richtete sich primär nach Kriterien der Migrationserfahrung, wie Dauer der Migration und Aufenthaltsstatus sowie nach der Einschätzung der eigenen Gesundheit. Ich konzentrierte mich auf MigrantInnen der ersten Generation in Deutschland, die sich selbst als gesund bezeichneten und laut ihren Aussagen ihren Lebensalltag eigenständig gestalten¹⁹. Meine InterviewpartnerInnen befanden sich zum Zeitpunkt der Interviews im Alter zwischen 19 und 45 Jahren. Ihre Ankunft nach Deutschland lag mindestens 1 Jahr bis höchstens 12 Jahre zurück. Drei der Personen

¹⁹ Diese subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes korreliert nicht zwangsläufig mit den Ergebnissen medizinischer Gesundheitsuntersuchungen, spricht aber für eine nicht von vornherein auf Krankheit fixierte Wahrnehmung der eigenen Gesundheit (vgl. Faltermaier u. a. 1998: 53).

waren zum Zeitpunkt der Befragung berufstätig und waren aus persönlichen, bzw. ökonomischen Gründen nach Deutschland eingereist. Die weiteren von mir befragten Personen waren nach Deutschland gekommen um zu studieren, befanden sich somit innerhalb des Studiums, oder hatten es bereits abgeschlossen.

Die Interviews wurden bis auf eine Ausnahme (ein Interview wurde in englischer Sprache geführt) in deutscher Sprache geführt. Ich entschied mich bewusst dafür, die Interviews auf Deutsch zu führen, da es mir einen Einblick in den alltäglichen Sprachgebrauch meiner InterviewpartnerInnen in gesundheitsrelevanten Situationen, z. B. bei Arztbesuchen, ermöglichte.

Im Rahmen der Gespräche brachten die InterviewpartnerInnen die Tendenz zum Ausdruck, dass sie für die Zukunft eine Rückkehr in ihr Herkunftsland anstrebten. Ihre diesbezüglichen Aussagen interpretierte ich als Indiz für eine über ihren Lebensalltag in Deutschland hinausreichende innere Bindung zur Vergangenheit in den Herkunftsländern. Ich konnte somit davon ausgehen, dass die genannten Erfahrungsdimensionen mit Gesundheit auch an die Erinnerung an ihre im Herkunftsland praktizierten gesundheitsrelevanten Handlungen anknüpften.

Das medizinische Wissen meiner InterviewpartnerInnen war auf den unterschiedlichsten Ebenen verankert. Einige der Interviewten konnten aufgrund ihrer Ausbildung und beruflichen Tätigkeit auf professionell fundiertes medizinisches Wissen zurückgreifen, andere nahmen ausschließlich Bezug auf ihre persönlich erlebten Erfahrungen im Umgang mit Gesundheit. Ich traf hinsichtlich der unterschiedlichen Erfahrungshintergründe mit medizinischem Wissen jedoch keine Einschränkungen bei der Auswertung der Interviews. Für die Ergebnisse war lediglich relevant, wie die befragten Personen ‚persönlich‘ mit ihrer Gesundheit umgehen. So konnte ich beispielsweise im Interview mit der Medizinstudentin Anna feststellen, dass sie sich ‚trotz‘ ihrer naturwissenschaftlichen Ausbildung stark an Erfahrungen im Umgang mit Gesundheit anknüpfte, die sie innerhalb ihrer eigenen Familie gemacht hatte. Da viele ihrer Familienmitglieder beruflich im medizinischen Bereich tätig waren, bezog sie sich im Interview ebenfalls auf professionelles medizinisches Wissen. Jedoch orientierte sie sich dabei weniger an den im Studium erlernten Inhalten als an in ihrer Familie praktizierten gesundheitsrelevanten Handlungen.

Ein wichtiger Aspekt für die Auswahl meiner InterviewpartnerInnen war ein geregelter Aufenthaltsstatus sowie die Mitgliedschaft in einer staatlichen Krankenversicherung, welche zum Zeitpunkt der Befragung bei allen InterviewpartnerInnen vorlagen. Bereits im Vorfeld der Untersuchung konzentrierte ich mich auf MigrantInnen mit geregelter Aufenthaltsstatus und schloss die Befragung illegalisierter²⁰ AfrikanerInnen im Rahmen der Studie aus: Zum einen wäre die Situation illegalisierter MigrantInnen entsprechend ihrer administrativen und ökonomischen Lage unter besonderen Gesichtspunkten zu betrachten gewesen. Zum anderen wäre mir bei der Kontaktaufnahme zu AfrikanerInnen, die sich unerlaubt in Deutschland aufhalten und unter dem ständigem Druck und der Angst vor dem Entdecktwerden durch die Behörden leben, voraussichtlich großes Misstrauen entgegenbracht worden²¹.

Hinsichtlich der Kontaktaufnahme zu meinen InformantInnen erwies sich das ‚Schneeballprinzip‘ als hilfreich: Durch die engagierte Hilfe zweier afrikanischer Bekannter aus meinem beruflichen Umfeld konnte ich Verbindungen zu meinen potenziellen InterviewpartnerInnen aufnehmen²². Die erste Kontaktaufnahme erfolgte zunächst telefonisch, wobei ich einen kurzen inhaltlichen Überblick in mein Forschungsvorhaben und den geplanten Ablauf der Interviewsituation gab und schließlich Zeit und Ort des Treffens vereinbarte.

Zusätzlich befragte ich drei ExpertInnen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen zur Migrationssituation von MigrantInnen aus afrikanischen Herkunftsländern. Meine Fragen wurden von der kenianischen Sozialarbeiterin Frau Wangare-Greiner, dem Neurochirurgen Herrn Dr. Dei-Anang aus Ghana und der kamerunischen Ärztin Frau Dr.

²⁰ In der Arbeit wird bewusst der Begriff ‚illegalisierte MigrantInnen‘ verwendet, „da er impliziert, dass MigrantInnen vor allem durch das System illegalisiert werden, also die strukturellen und politischen Rahmenbedingungen zur Illegalisierung führen. Dadurch wird von der gängigen Formulierung ‚Illegale‘, welche eine kriminalisierende Dimension beinhaltet, weggeführt“ (Loncarevic 2001: 70). Es handelt sich bei illegalisierten MigrantInnen um: „Asylbewerber und Geduldete, die sich nach Ablauf ihres Aufenthalts der Abschiebung durch ‚Untertauchen‘ entzogen haben; (...) Ihnen droht bei Ergreifen Abschiebungshaft und ein Strafverfahren wegen illegalen Aufenthaltes“ (Flüchtlingsrat Berlin 1998: 17).

²¹ Lentz äußert sich kritisch hinsichtlich der Befragungen von afrikanischen MigrantInnen aus Frankfurt am Main: „So wurden alle ForscherInnen mit erheblichem Misstrauen seitens der afrikanischen Gesprächspartner konfrontiert. Dieses Misstrauen reichte von konkreten Befürchtungen, dass die Studentin ein Spitzel der Gewerbeaufsicht oder der Ausländerpolizei war, bis hin zu einem Generalverdacht gegen den Kulturimperialismus der Ethnologie. (...) Das Misstrauen war teilweise im unsicheren aufenthaltsrechtlichen Status begründet und anderen beabsichtigten oder unbeabsichtigten Verstößen gegen geltende Gesetze“ (Lentz 2002: 11).

²² Dadurch, dass meine beiden ‚Schlüsselinformanten‘ die potenziellen InterviewpartnerInnen von meinem Vorhaben persönlich informierten und sich für meine Vertrauenswürdigkeit verbürgten, verliefen die Gespräche in einer vertrauensvollen Atmosphäre.

Nzimegne-Gölz beantwortet. Frau Wangare-Greiner arbeitet im Rahmen einer Kooperation des Frankfurter Stadtgesundheitsamtes, dem Amt für Multikulturelle Angelegenheiten (AMKA) und des Frauenreferats Frankfurt als Beraterin für afrikanischer Familien. Parallel zur Lösung ‚alltäglicher‘ Probleme ihrer KlientInnen (beispielsweise Fragen zum Aufenthaltsrecht, zur Arbeitserlaubnis und Hilfestellung bei behördlichen Schwierigkeiten) bietet sie die Vermittlung ärztlicher AnsprechpartnerInnen im Raum Frankfurt an²³. Bei akuten gesundheitlichen Fragen ist es innerhalb der „Sprechstunde für afrikanische Familien“ im Stadtgesundheitsamt Frankfurt am Main für MigrantInnen aus afrikanischen Herkunftsländern möglich, direkte ärztliche Betreuung, sowie seelsorgerische Unterstützung durch einen eritreischen Pfarrer zu erhalten.

Herr Dr. Dei-Anang, Leiter der neurochirurgischen Abteilung des Schmerzzentrums Mainz, arbeitet in seiner Praxis ebenfalls mit MigrantInnen aus afrikanischen Herkunftsländern und ermöglichte mir aus naturwissenschaftlich fundierter medizinischer Sicht Einblicke in seine Erfahrungen. Frau Dr. Nzimegne-Gölz ist ebenfalls praktizierende Ärztin in einer HIV- und AIDS-Beratungseinrichtung in Berlin, sowie Leiterin der Gesellschaft für Rechte afrikanischer Frauen (G.R.A.F.)²⁴.

Bei diesen Interviews stand nicht der biographische Hintergrund der befragten ExpertInnen im Zentrum meines Interesses, sondern ihr praxisnahes und gleichzeitig theoretisch fundiertes Kontextwissen zum Thema (vgl. Meuser; Nagel 1991: 442). Sie ergänzten die Aussagen der Fachliteratur, die eher auf allgemeine gesundheitsrelevante Aspekte der Migration fokussiert ist, durch zahlreiche Fallbeispiele aus ihrer beruflichen Praxis. Die ExpertInneninterviews fanden in den jeweiligen Gesundheitsberatungseinrichtungen, Frankfurt am Main und Berlin, und im Schmerzzentrum Mainz statt. Die Interviews wurden ebenfalls offen und leitfadenorientiert durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Interviews wurden von mir im weiteren Verlauf der vorliegenden Studie als eigenständige Informationsquellen behandelt und flossen auch während des gesamten Forschungsprozesses inhaltlich in die Konzeption der Studie mit ein. Es wird nun folgend dargestellt, wie die thematischen Schwerpunkte des offenen Leitfadens entwickelt und die Interviews durchgeführt wurden.

²³ S. Flyer im Anhang.

²⁴ S. ebenso im Anhang.

2.5.3 Entwicklung des Leitfadens und Durchführung der Interviews

Die 9 Interviews mit insgesamt 5 Frauen und 5 Männern afrikanischer Herkunft (das 3. Interview wurde als Paarinterview und im Beisein des gemeinsamen 8 Monate alten Kindes geführt) wurden im Zeitraum vom 25.01.2003 bis 08.04.03 durchgeführt und umfassten die Zeitspanne von mindestens 30 Minuten und im längsten Gespräch von 3 Stunden²⁵. Die Gespräche fanden teilweise in den privaten Wohnungen der von mir Befragten und in je zwei Fällen in öffentlichen Cafés und Seminarräumen der Universität Mainz statt²⁶. Alle Interviews wurden auf Tonband aufgenommen und mit stichpunktartigen Situations-Protokollen ergänzt. In diesen Protokollen kommentierte ich die von mir subjektiv wahrgenommene Wohnsituation, die jeweilige Gesprächsatmosphäre und vermerkte non-verbale Kommunikation während des Interviews²⁷.

Um einen ersten Eindruck zu erhalten, welche Aussagen meine InterviewpartnerInnen zu den Themen Gesundheit und Gesundheitsvorstellungen machen würden, führte ich die ersten zwei Interviews ausschließlich unter narrativen Aspekten durch und stellte lediglich eine Einstiegsfrage zur gesundheitlichen Situation in Deutschland. Die nachfolgenden Erzählungen entwickelten sich durch meine Verständnisfragen und die thematischen Vorgaben meiner beiden GesprächspartnerInnen²⁸. Diese explorativen Interviews waren insofern wichtig für die nachfolgenden Interviews, da in ihnen die biographische Komponente des Themas offensichtlich wurde: Das Gesundheitswissen meiner ersten beiden GesprächspartnerInnen bezog sich vor allem auf ihre bisherigen individuellen Erfahrungen im Umgang mit ihrer eigenen Gesundheit aus dem jeweiligen Her-

²⁵ Die Regelzeitspanne der Interviews betrug 1 ½ Stunden. Die Dauer der Gespräche war weitestgehend von der Gesprächsbereitschaft meiner InterviewpartnerInnen abhängig. Im Fall des 30-minütigen Interviews stand meine Interviewpartnerin unter privatem Zeitdruck, wollte jedoch den Interviewtermin aus Höflichkeit nicht verschieben.

²⁶ Die Durchführung der Interviews in diesen öffentlich zugänglichen Räumen erwies sich hinsichtlich der Aufnahmequalität der Tonmitschnitte als nachteilig, hatte jedoch keinen negativen Einfluss auf die offene und von mir bewusst ‚freundschaftlich‘ angelegte Gesprächssituation (vgl. Spradley 1979: 55f.)

²⁷ Die Auswertung dieser Notizen war für die folgenden Interviews hilfreich: Anhand der notierten non-verbalen Zeichen (verlegenes Lachen, in die Hände klatschen, Schnalzen oder sogar Abbrechen des Blickkontakts) konnte ich sensible Bereiche des Themas, sogenannte ‚heikle‘ Fragen, die bei den GesprächspartnerInnen möglicherweise Unbehagen auslösen oder sogar angsterzeugend sind (vgl. Maindok 1996: 92), im Nachhinein deutlicher erkennen und beim nächsten Interview besser berücksichtigen. So erkannte ich beispielsweise, dass ein eventueller Zusammenhang zwischen Gesundheitsvorstellungen und dem Glauben an ‚übernatürliche‘ Kräfte nur auf direktem Weg erfragt werden konnte. Dieses Thema wurde von den meisten meiner GesprächspartnerInnen nur sehr ungern von sich aus angesprochen. Ich explizierte meine Fragestellungen hinsichtlich dieses Themenbereichs daraufhin direkter.

²⁸ Es handelt sich hierbei um die ersten zwei Interviews mit Anna (2003/2) und Francois (2003/1), s. Anhang.

kunftsland. Sie berichteten mir, wie sie ‚zu Hause‘ mit gesundheitlichen Beschwerden umgegangen waren und woher sie das Wissen über diese gesundheitsrelevanten Handlungen vermittelt bekommen hatten. Ebenso erzählten sie mir über ihre persönlichen Erfahrungen im deutschen Lebensalltag, die für mich auf den ersten Blick nicht mit gesundheitsrelevanten Aspekten verknüpft zu sein schienen. Grottian schildert ähnliche Erfahrungen, die sie während ihrer Studie zu Gesundheitsvorstellungen von türkischen Frauen in Deutschland machen konnte: Die interviewten Frauen gingen nur sekundär auf Gesundheit als Einstiegsthema ein, da „nicht selten andere Fragen aktuell im Vordergrund standen und diese Interessen sich auch – aus methodischen Gründen – in dem Gesprächsverlauf niederschlugen, etwa bei akuten Mietproblemen oder Schwierigkeiten mit der Ausländerpolizei“ (Grottian 1991: 32).

Die Erzählungen verlagerten sich auch innerhalb der von mir geführten Interviews sehr schnell auf Bereiche, in denen ich zunächst keinen Bezug zum Thema erkannte. Meine Nachfragen ergaben jedoch, dass insbesondere die Schilderungen über scheinbar periphere Probleme im Alltag zu den persönlichen Vorstellungen von Gesundheit hinführten. Beispielsweise wurden bürokratische Probleme mit Behörden, die schwierige Organisation des Studiums und die eigene Wohnungssuche sehr ausführlich behandelt. Diese Informationen wurden letztlich für die Beurteilung der eigenen Befindlichkeit im Alltag aus einer ganzheitlichen Perspektive aufschlussreich.

Um einen möglichst umfassenden Einblick in die Verknüpfungen mit dem alltäglichen Leben meiner Zielgruppe zu erlangen, beschloss ich daher, dass das Thema Gesundheit von mir unter Berücksichtigung der jeweiligen Lebensbiographien erfragt werden musste. Diese Vorgehensweise empfiehlt auch Faltermaier aufgrund seiner Erkenntnisse, die er im Rahmen einer Befragung deutscher medizinischer Laien gewinnen konnte. Er stellte während seiner Studie fest, „daß Gesundheit kein isoliertes Thema ist. Beim Gespräch wird es eingebettet in übergeordnete Aspekte und Formen der individuellen Lebensgestaltung, die über die Eingangssequenz hinaus in den Interviews bedeutsam werden“ (Faltermaier u. a. 1998: 79). Um „den übergreifenden individuellen Relevanzrahmen“ (ebd.: 74) meiner GesprächspartnerInnen zu rekonstruieren, stellte ich somit in den nachfolgenden Interviews verstärkt Fragen nach der regionalen Herkunft, dem bisherigen Lebenslauf und dem bestehenden Kontakt zu der im Herkunftsland verbliebenen Familie.

Ein weiterer wichtiger Aspekt bei der Durchführung der Interviews war die Überlegung, dass die eigene Gesundheit vor allem dann ins Zentrum der Aufmerksamkeit rückt, wenn sie aufgrund von Belastungen oder Krankheit beeinträchtigt ist:

„In der täglichen Selbsterfahrung wird der Körper also kaum bewußt erlebt, eine konkrete Wahrnehmung entsteht erst bei einer Störung unseres Befindens. Wir nehmen unseren Körper oder besser Körperteile erst wahr, wenn uns etwas schmerzt, wenn wir an die Grenzen unserer Leistungsfähigkeit stoßen oder wenn wir von einem propagierten Idealtyp abweichen“ (Haas: 1996: 89).

Gesundheit wird demnach als ein zumeist unreflektierter Normalzustand empfunden, und ist als eigenständiger Begriff nur schwer ohne Abgrenzung zu Krankheit zu definieren. Ausführungen zu Krankheit und Krankheitserleben können daher bei der Frage nach Gesundheit nicht explizit vermieden werden (vgl. Faltermaier u. a. 1998: 66). Um einen Einstieg in das Thema Gesundheit jedoch nicht ausschließlich über Erzählungen von Krankheitsgeschichten zu erreichen, weist Faltermaier auf unterschiedliche Zugangsmöglichkeiten während der Gesprächsführung hin: Das Thema kann laut Faltermaier durch Fragen nach den aktuellen gesundheitsbezogenen Aktivitäten der befragten Personen angerissen werden und/oder von einem biographischen Blickwinkel, also „durch die Erzählung von Veränderungen im Verlauf des Lebens oder von Wendepunkten innerhalb der persönlichen Entwicklungsgeschichte“ (Faltermaier u. a. 1998: 67f.) betrachtet werden. Ein biographischer Einstieg in das Thema bot sich für mich somit in doppelter Hinsicht an.

Der offene Leitfaden (vgl. Maindok 1996: 127f., Hopf 1991: 178) der Interviews wurde schließlich zu folgenden Bereichen des Themas konzipiert, wobei die diesbezüglich von mir gestellten Fragen nicht vorformuliert und abhängig von der Gesprächssituation in unterschiedlicher Reihenfolge gestellt wurden:

- Biographischer Hintergrund: Fragen zum Herkunftsland, Region und der jeweiligen Familiengeschichte²⁹ sowie Fragen zum bisherigen Stellenwert von Gesundheit im eigenen Leben.
- Migrationsbiographie: Fragen zu den Motiven für die Migration, zur aktuellen Situation in Deutschland und der allgemeinen Befindlichkeit heute.
- Gesundheitswissen: was bedeutet ‚Gesundheit‘ aus subjektiver Sicht, welche Bedeutung hat Gesundheit im Lebensalltag, welche Bereiche des Alltags wirken sich in welcher Weise auf die eigene Gesundheit aus und wie wird die eigene Gesundheit aktiv erhalten?

Die Konzeption der offenen Fragestellung ermöglichte mir ein flexibles, an den Redebedürfnissen meines Gegenübers orientiertes Befragungsverfahren (vgl. Maindok 1996: 129). Die größte Herausforderung bei dieser Art der Interviewführung war für mich, die subjektive Sicht der Akteure zu erfassen, und gleichzeitig den Bezug zum Thema Gesundheit auch bei scheinbar für das Thema weniger relevanten Erzählungen herzustellen (vgl. Faltermaier u. a. 1998: 77f.)³⁰. Dieser zentrale Arbeitsschritt erfolgte unter Berücksichtigung qualitativer, interpretativer Verfahren (vgl. ebd.: 62) vor allem in der Auswertungsphase der Interviews, die im Folgenden methodisch vorgestellt wird.

²⁹ Zu diesem Zweck verwendete ich versuchsweise bei den letzten Interviews eine Landkarte der Region Westafrikas (vgl. Michelin 1992), was sich als sehr hilfreich herausstellte: Die Gespräche wurden meines Erachtens dadurch wesentlich lebendiger. Die befragten Personen konnten ihre Biographien in den Herkunftsländern auf der Karte ‚nachfahren‘. In einem Fall wurde durch die Verwendung der Karte sogar ein Missverständnis aufgeklärt: Meine Interviewpartnerin gab als Herkunftsland und Nationalität Burkina Faso an, beim gemeinsamen Betrachten der Landkarte jedoch stellte sich heraus, dass dies ihre Staatsangehörigkeit ist, sie jedoch in Côte d’Ivoire geboren wurde und dort auch aufgewachsen war. Sie selbst fühlte sich, laut ihren Aussagen diesem Land innerlich wesentlich stärker verbunden als Burkina Faso, wo sie erst im Alter von 21 Jahren zu Studienzwecken zog (vgl. Sophie 2003/5).

³⁰ Grottian beleuchtet dieses methodische Problem ebenfalls: „Diese Ambivalenz, das Abwägen zwischen der methodischen Prämisse, den Äußerungen der Gastgeberin möglichst breiten Raum zu geben und den äußeren, zeitlichen oder räumlichen Gegebenheiten, bringt unter Umständen die InterviewerInnen in die Nähe eines Konflikts. Es ist nicht nur persönlich schwierig, in die Intimität der Situation mit einer Frage einzugreifen, es kann auch durchaus Konsequenzen für die Gesprächsbereitschaft und damit für die Reichweite und Tiefe des Interviews haben“ (Grottian 1991: 35).

2.5.4 Auswertung der Interviews

Das vollständig transkribierte Datenmaterial³¹ wurde, angelehnt an die methodische Vorgehensweise der qualitativen Inhaltsanalyse (vgl. Mayring 1994: 31f.), von mir zunächst in drei Schritten organisiert:

- Rekonstruktion der Lebensbiographien unter Berücksichtigung der individuellen Gesundheitsvorstellungen,
- Kategorisierung der Wissensquellen, durch die meine GesprächspartnerInnen den Umgang mit ihrer Gesundheit erlernt haben,
- Zusammenfassung und Interpretation der vielschichtigen Dimensionen von Gesundheit im Alltagsleben, insbesondere im Kontext des deutschen Migrationsalltags.

Die ExpertInneninterviews flossen in die Darstellung der Ergebnisse kommentierend und als eigenständige Datenquelle ein (vgl. Meuser; Nagel 1991: 445f). Die gesamten Interviewergebnisse werden im Folgenden weitestgehend in den eigenen Worten der Interviewten präsentiert, um ihre persönlichen Relevanzen innerhalb der Thematik zu berücksichtigen³². Die Aussagen meiner InterviewpartnerInnen enthalten wichtige Hinweise darauf, wie sie in ihrem Lebensalltag in Deutschland trotz belastender Umstände gesund bleiben und worin sie ihre Gesundheit positiv wie auch negativ beeinflusst sehen. Ihre salutogenetischen Fähigkeiten sind meines Erachtens notwendige Voraussetzung für die erfolgreiche Bewältigung des gesundheitlichen Spannungsfelds der Migrationsprozesse. Diese gesundheitlich belastenden Faktoren der Migration werden nun der Präsentation der Interviewergebnisse vorangestellt und stellen eine einführende Zusammenfassung der aktuellen Literatur zum Thema Gesundheit und Migration dar.

³¹ Die Interviewpassagen werden in *kursiver Schrift*, mit der Zitierweise (*Jahreszahl/Nr. des Interviews: Seitenzahl*) in der Arbeit wiedergegeben. Grammatikalische Ungenauigkeiten wurden nur in den ExpertInneninterviews zugunsten der besseren Lesbarkeit bereinigt. Längere Pausen sind durch... gekennzeichnet, kurze Unterbrechungen mit – dargestellt. Nachträglich von mir hinzugefügte Informationen zum Gesagten sind in [eckigen Klammern; J.B.] in den Satzbau integriert, ebenso wie [nonverbale Kommunikation, Außengeräusche und eventuelle Störungen]. Betonungen sind in **Fettschrift** kenntlich gemacht. Da es sich bei den transkribierten Interviews um insgesamt 200seitige computergetippte Abschriften handelt, verzichte ich auf eine komplette Darstellung der Interviews im Anhang sondern biete eine alphabetische Übersicht an. Für interessierte LeserInnen ist die Einsicht in die komplett transkribierten Interviews auf Anfrage möglich.

³² Sprachliche und grammatikalische ‚Fehler‘ werden in den Interviews mit den MigrantInnen nicht geglättet, um die Authentizität der Gesprächssituation zu wahren.

3. Gesundheit im Migrationsalltag

Mit der Migration in ein anderes Land gehen grundlegende Veränderungen der Lebens- und Arbeitsverhältnisse einher. Wie gut diese Veränderungen auch geplant sein mögen und wie positiv die bevorstehenden Veränderungen aufgenommen werden, die Migration ist mit somatischem und psychosozialen Stress verbunden (vgl. Leyer 1991: 50). Migration bedeutet zunächst den Verlust von „Bindungen und Beziehungen, die dem Menschen Lebensinhalt und Sinn vermitteln: Familie, Freundeskreis, Beruf, Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft. Es bleibt kein gewohnter Lebensbereich bestehen“ (Kürsat-Ahlers 2000: 46)³³. Dennoch ist es nicht die Migration per se, die krank macht.

Die Erfahrung der strukturellen und räumlichen Veränderung wird vor allem dann zur gesundheitlichen Belastung, wenn kein Rückgriff auf ökonomische und soziale Ressourcen möglich und das alltägliche Leben permanent verunsichernd ist (vgl. Weiss 2003: 13, Loncarevic 2001: 80ff., Collatz 2001: 41ff., Zarifoğlu 1992: 117). In diesem Zusammenhang spricht Geiger von einem zu bewältigendem Spannungsfeld im Alltag „zwischen kulturspezifischen und migrationsspezifischen Aspekten sowie der sozialen Chancengleichheit“ (Geiger 1997: 75). Dieses gesundheitliche Spannungsfeld wird in der Folge eingehend betrachtet.

Die Aussagen der interviewten ExpertInnen werden in die Ausführungen der Fachliteratur kommentierend einbezogen. Sie ergänzen und spezifizieren die eher allgemein formulierten Informationen auf die aktuelle Situation von MigrantInnen aus afrikanischen Herkunftsländern.

³³ Wangare-Greiner und Dr. Dei-Anang (vgl. Wangare-Greiner 2003/I: 4, Dr. Dei-Anang 2003/II: 1) sprechen in diesem Zusammenhang von einem ‚Kulturschock‘. Diese Metapher wird jedoch im weiteren Verlauf dieser Arbeit vermieden, da sie die Probleme die aus sozialer Chancenungleichheit für MigrantInnen resultieren, ausblendet und die Belastungen als ausschließlich ‚kulturell bedingt‘ darstellt (vgl. Weiss 2003: 155).

3.1 Das gesundheitliche Spannungsfeld der Migrationserfahrung

Insbesondere die Annahme ‚kulturspezifischer‘ Aspekte innerhalb des gesundheitlichen Spannungsfeldes führt zu der problematischen Vorstellung „von nur im Geiste existierenden idealtypischen Kulturbildern“ (Domenig 2001: 156). Die Sicht auf ‚Kultur‘ als homogenes Gebilde (oft deckungsgleich mit Nationalität gedacht) führt zu „kulturalisierenden Stereotypen“ (Pfeiffer 1998: 147) und „groben Vereinfachungen“ (ebd.: 14). Letztlich handelt es sich bei vielen Problemen im Alltag, die als scheinbar ‚kulturspezifisch‘ identifiziert werden, um grundlegende Kommunikationsschwierigkeiten.

Selbst bei guten Kenntnissen der Sprache des Aufnahmelandes sind Missverständnisse in der Kommunikation nicht ausgeschlossen. Anhand einer Beispielsituation aus dem medizinischen Alltag beschreibt Wangare-Greiner wie Kommunikationsprobleme zu ‚kulturellen Missverständnissen‘ werden. Sie bezeichnet die eigentliche Problematik als eine

„andere Art der Definition. Z. B. in meiner Sprache: wenn ich sage: ‚Ich habe Magenprobleme‘, muss es nicht der Magen sein. Magen bedeutet alles, was hier im Bauch ist [zeigt auf den Bauchbereich]. Es kann aber auch eine Schwangerschaft sein, weil es ist ja auch im Bauch. Und wenn der Arzt nicht differenziert, was der Patient meint, wird er eine Magenspiegelung machen, dabei ist die Frau schwanger“ (Wangare-Greiner 2003/I: 2).

Die geschilderte Situation verdeutlicht, dass missverständliche Situationen insbesondere dann vorprogrammiert sind, wenn beide Akteure in den gewohnten Wahrnehmungsstrukturen verhaftet bleiben und nicht flexibel kommunizieren (vgl. Pfleiderer 1995: 168ff.). Auch Dr. Nzimegne-Gölz konstatiert, dass ‚kulturelle Missverständnisse‘ vor allem dadurch entstehen,

„dass der europäische Arzt von seiner europäischen Haltung ausgeht. [Er; J. B.] sieht diese Erkrankung, verbindet das mit der ganzen westlichen medizinischen diagnostischen Mitteln, dieser materiellen, computer-apparativen Medizin sozusagen, mit Laborbefunden und (...) man hat verschiedene Laborbefunde, verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass ein Mensch krank ist. Das ist unabhängig von ‚wie der Mensch sich fühlt‘. Der Arzt kann einfach sagen ‚der ist krank‘. Der afrikanische Patient wird daran erstmal nicht glauben, wenn er sich nicht krank fühlt. Der versteht nicht ‚wieso sagen die, ich bin krank? Ich fühle mich wohl‘ (...) Das sind diese kulturellen Missverständnisse. Und das ist eben auf diesen Hintergrund zurückzuführen, dass die Menschen ganz unterschiedliche Vorstellungen haben von Gesundheit und Krankheit“ (Nzimegne-Gölz 2003/III: 4).

Nzimegne-Gölz betont in ihren Ausführungen, dass die subjektive Befindlichkeit der afrikanischen MigrantInnen von der Diagnose der ÄrztInnen abweichen kann. Eine am naturwissenschaftlichen Paradigma orientierte Medizin untersucht die Befindlichkeit begrenzt auf einen bestimmten Teil des Körpers, z. B. auf die Organe des Menschen (vgl. Pfeiffer 1998: 23). Die subjektive Befindlichkeit wird dabei ausgeblendet.

Im Zusammenhang mit ‚kulturellen‘ Aspekten begünstigen medizinische Studien auf epidemiologischer Grundlage den Eindruck, dass bestimmte Krankheitsbilder einer spezifischen Nationalität und ethnischen Herkunft zugeordnet werden können. Weiss kritisiert dies als „nicht nur methodisch, sondern auch ethisch fragwürdig. Werden Krankheiten Nationalitäten zugeordnet und Nationalitäten Krankheiten, sind kulturalistische und stigmatisierende Verzerrungen unvermeidlich“ (Weiss 2003: 161). Insbesondere für AusländerInnen besteht dann die Gefahr, aufgrund ihrer Herkunftsnationalität auf bestimmte Krankheitsbilder und auf ein „Risikoverhalten“ (Weiss 2003: 32) festgelegt zu werden³⁴.

‚Gesundheit in der Fremde‘ ist jedoch nicht nur von der (oftmals als solche konstruierten) Herkunftskultur der MigrantInnen abhängig, sondern auch von ihrer materiellen und sozialen Situation im Aufnahmeland: In vielen Fällen ist die schlechte soziale Lage der ausländischen Bevölkerung eine der Hauptursachen für gesundheitliche Belastungen. Wangare-Greiner spricht in diesem Zusammenhang von einem „*harten Lebenskampf*“ (Wangare-Greiner 2003/I: 3), den afrikanische MigrantInnen im deutschen Alltag zu bewältigen haben. Dabei spielen vor allem strukturelle Missstände, Arbeitslosigkeit oder schlechte Arbeitsbedingungen, desolate Wohnverhältnisse und fremdenfeindliche Tendenzen in der Aufnahmegesellschaft eine tragende Rolle. Da ausländische ArbeitnehmerInnen verstärkt im industriellen Arbeitssektor tätig sind, haben sie aufgrund der stark belastenden Arbeit in einem besonders frühen Lebensalter mit körperlichen Verschleißerscheinungen zu rechnen (vgl. Loncarevic: 2001: 74, vgl. Bollini 2000: 198,

³⁴ „Welche Auswirkungen dieses Abstempeln einer ganzen Bevölkerungsgruppe auf Präventionsmaßnahmen hat, zeigte sich bei einer Evaluation von AIDS-Programmen in zwölf europäischen Ländern. Hierbei wurde deutlich, dass die Stigmatisierung von MigrantInnen Maßnahmen behindert, welche dieser Gruppe eigentlich zugute kommen müssten. Gerade Untersuchungen zur HIV-Epidemiologie müssen auf realen Krankheitsfällen basieren, da systematische Tests aus praktischen und ethischen Gründen nicht durchführbar sind. Es bestehen aber gute Gründe zur Annahme, dass bei diesen Krankheitsfällen MigrantInnen entweder über- oder unterrepräsentiert sind“ (Weiss 2003: 32).

Boos-Nünning 2000: 14, Zarifoğlu 1992: 114, Leyer 1991: 46)³⁵. Dies gilt auch für die Mehrzahl afrikanischer MigrantInnen, insofern sie über einen geregelten Aufenthaltsstatus verfügen und somit legal einer Arbeitstätigkeit nachgehen können. Um ihr eigenes Leben in Deutschland zu finanzieren, aber auch um ihre Familien in den Herkunftsländern finanziell zu unterstützen, arbeiten sie häufig gleichzeitig in mehreren Anstellungsverhältnissen. Körperliche Überanstrengung und Überlastung sind die Folge, woraus vor allem in fortgeschrittenem Alter chronische Erkrankungen entstehen können (vgl. Geiger 2001: 170, auch Wangare-Greiner 2003/I: 7).

Auch die Wohnsituation der ausländischen Bevölkerung in Deutschland ist häufig Ursache gesundheitlicher Probleme. Neben den bereits während der Wohnungssuche auftretenden psychischen Belastungen³⁶ verursacht schlecht ausgestatteter Wohnraum in sozial benachteiligten Gegenden, oft auch als „Armutsquartiere“ (Boos-Nünning 2000: 16) bezeichnet, gesundheitliche Missstände bei der ausländischen Bevölkerung in Deutschland (vgl. auch Zimmermann 1984: 70).

MigrantInnen arbeiten somit nicht nur unter ‚ungesunden‘ Bedingungen, sondern wohnen häufig auch in sozial und gesundheitlich belastenden Verhältnissen. Sie verfügen in den wenigsten Fällen über die finanziellen Mittel, noch ist es ihnen strukturell und rechtlich gesehen möglich, diese gesellschaftlich bedingten Missstände zu umgehen oder aufzuheben. Erschwerend kommt hinzu, dass mit der Migration nicht nur gewohnte Strukturen aufgegeben werden, sondern auch das bisherige soziale Umfeld größtenteils zurückgelassen werden muss (vgl. Ardjomandi/Streeck 1998: 56f.).

In Deutschland fällt es vielen MigrantInnen zunächst schwer, soziale Kontakte aufzubauen und sich sozial integriert zu fühlen. Als Gründe werden Isolation, Misstrauen, negative Gefühle und Ängste genannt, die den MigrantInnen von Seiten der deutschen

³⁵ Untersuchungen türkischer ArbeitnehmerInnen stellten Verschleißerscheinungen in Form von degenerativen Erkrankungen des Skelettsystems und eine erhöhte Anzahl von Bandscheibenvorfällen fest (vgl. Koch 1995: 107). Zudem wurden bei türkischen Gastarbeitern bereits kurze Zeit nach der Anwerbung nach Deutschland Magen-Darm-Erkrankungen in überdurchschnittlich hohem Maße festgestellt. Ebenfalls wurde eine erhöhte Rate der Arbeitsunfälle verzeichnet, welche auf Konzentrationsschwächen, verursacht durch die migrationsbedingte scheinbare Desorientierung zurückgeführt wurde (vgl. Leyer 1991: 46).

³⁶ Chima Oji schildert in seiner Autobiographie eindringlich, wie ihn die aufgrund von gesellschaftlichen Diskriminierungen erfolglose Wohnungssuche in Deutschland an den Rand seiner Belastbarkeit brachte (vgl. Oji 1993: 104, auch 230ff.).

Bevölkerung entgegengebracht werden³⁷. Wangare-Greiner stellt bezüglich der sozialen Integration afrikanischer MigrantInnen in Deutschland fest:

„Wir sind sehr sehr hart von Rassismus betroffen. Wir sind die letzte Gruppe, die das abkriegt. Von allen. Da gibt es diese hierarchische Struktur, wer heller ist. Und je heller, desto besser bist du. Und wer ist der dunkelste? Da kriegt der die Karte. Rassismus spielt eine sehr sehr große Rolle. (...) Und ich denke, das spielt auch eine große Rolle bei diesen ganzen psychischen Problemen und auch Krankheiten, die später vorkommen. Diese ganzen Aufregungen, die gehen irgendwohin“ (Wangare-Greiner 2003/I: 5)³⁸.

Mit Faltermaier tragen jedoch insbesondere intakte soziale Kontakte, zwischenmenschliche Beziehungen und familiäre Bindungen entscheidend dazu bei, dass die strukturellen Belastungen der Migration positiv bewältigt werden können und sich nicht zwangsläufig negativ auf die Gesundheit auswirken (vgl. Faltermaier 2001: 105). Familiären Bindungen wird auch bezüglich MigrantInnen aus afrikanischen Ländern eine wichtige Rolle im Hinblick auf gesundheitliche Themen zugesprochen: Einerseits können diese familiären Bindungen Rückhalt und eine wichtige Unterstützung im Alltagsleben darstellen, andererseits können den MigrantInnen von ihren Familien auch hohe Erwartungen entgegengebracht werden³⁹, die erneut für psychischen Druck und gesundheitlicher Belastung sorgen (vgl. Loncarevic 2001: 75ff., auch Jabeen Khan 1988: 161ff.).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass insbesondere strukturelle und materielle Faktoren für die Gesundheit der afrikanischen MigrantInnen (ebenso wie für MigrantInnen anderer Herkunftsregionen der Welt) belastend sind und sie nur bedingt auf diese Strukturen einwirken können. Dennoch sind nicht alle MigrantInnen aufgrund der Migrationserfahrung als ‚krank‘ einzuschätzen.

³⁷ Kürsat-Ahlers beschreibt ihre diesbezüglich gemachten Erfahrungen als türkische Migrantin in Deutschland. Sie spricht von einer „unsichtbare[n; J. B.] Mauer, auf die man immer wieder stößt und durch die man immer an die Realität des Fremdseins erinnert wird“ (Kürsat-Ahlers 1992: 79). Die „ständige Ermahnung“ (ebd.: 79) daran in alltäglichen Situationen „vermag die Persönlichkeitsentwicklung zu deformieren, wenn eine für das jeweilige Individuum kritische Belastungsschwelle überschritten wurde“ (Zarifoglu; Zeiler 1995: 157f.).

³⁸ Auch Frau Wangare-Greiner selbst fühlt sich nach 12 Jahren Lebens und Arbeitens in Deutschland noch immer Diskriminierungen ausgesetzt. Vor allem in ihrem Beruf erlebt sie, dass es noch immer nicht alltäglich ist, als afrikanische Frau in einer deutschen Behörde tätig zu sein. Es ist für viele ein „Schock“: „Wenn ich hier bin, und jemand kriegt es mit, dann kriegen die erstmal einen Schock, dass eine Afrikanerin bei einer Behörde ist. (...) Das ist schon sehr exotisch“ (Wangare-Greiner 2003/I: 7, auch Şen 1995: 144).

³⁹ Nsekuye Bizimana erzählt in seinem autobiographischen Bericht, dass sich seine Familienmitglieder in Rwanda Deutschland als Paradies vorstellten, „wo Milch und Honig für jeden fließen“ (Bizimina 1988: 75).

Es folgen nun in Kapitel 3.2 die Kurzbiographien der afrikanischen MigrantInnen, um ihren Migrationshintergrund und ihre derzeitige Situation in Deutschland vorzustellen. Anschließend werden die von ihnen im Umgang mit ihrer eigenen Gesundheit gemachten Erfahrungen in Kapitel 3.3 thematisiert. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage, aus welchen Quellen sie ihr medizinisches Wissen beziehen und warum sie sich darauf berufen. Im weiteren Verlauf der Arbeit, in Kapitel 3.4, werden die Dimensionen des Gesundheitsbegriffs innerhalb des Migrationsalltags in Deutschland präsentiert. Dabei geht es um die Untersuchung der Bereiche des Alltags, in denen sich die Befragten bezüglich ihrer Gesundheit beeinflusst fühlen. Im abschließenden Kapitel 3.5 stelle ich an drei kontrastierenden Fallbeispielen dar, inwiefern die von mir befragten afrikanischen MigrantInnen auf ihre bisherigen Erfahrungen im Umgang mit Gesundheit zurückgreifen und ihr medizinisches Wissen im deutschen Migrationsalltag zur Erhaltung ihrer Gesundheit beitragen kann.

3.2 Kurzbiographien der Interviewten

In den Erzählungen meiner GesprächspartnerInnen wird deutlich, dass ihre Vorstellungen von Gesundheit eng mit ihren biographischen Hintergründen zusammenhängen. Gesundheit ist „*wirklich ein Teil deines Lebens*“ (Anna 2003/2: 2) und zeigt sich in der Lebensweise der „*Person selbst, was er tut, was er macht, und was er wird (...) wie dein Leben funktioniert, wie du dein Leben z. B. organisierst*“ (Gérôme 2003/3: 27).

In den Kurzportraits werden die subjektiven Gesundheitsvorstellungen der MigrantInnen in die jeweiligen individuellen Kontexte eingebunden. Die biographische Darstellung bietet erste Einblicke in ihr bisheriges Leben, ihre frühere Familiensituation in den Herkunftsländern, ihre Motivation, nach Deutschland zu kommen und ihre in Deutschland gemachten Erfahrungen. Die Reihenfolge der Biographien richtet sich an der Abfolge der durchgeführten Interviews. Die Namen wurden auf ausdrücklichen Wunsch zweier InterviewpartnerInnen geändert und wegen der Einheitlichkeit bei allen von mir befragten Personen mit abgeänderten Vornamen anonymisiert⁴⁰.

⁴⁰ Zwei Interviewpartner, Diamba und Oko, haben sich ihre Pseudonyme, deren Bedeutung übersetzt werden wird, selbst ausgesucht.

3.2.1 *Francois*

Francois ist 30 Jahre alt und in der Nähe von Yaounde, Westkamerun, geboren und aufgewachsen. Vor vier Jahren kam er nach Deutschland, um Ingenieurwesen zu studieren. Zum Zeitpunkt des Interviews hat er gerade sein Grundstudium an der Fachhochschule Frankfurt erfolgreich absolviert. Seine weiteren Zukunftspläne sind noch unsicher und dementsprechend vage sind auch seine Vorstellungen bezüglich einer möglichen Rückkehr nach Kamerun. In unserem Gespräch erzählt mir Francois, dass er Kamerun – vor allem seine Familie und seine Freunde - sehr vermisst. Obwohl er auch in Deutschland viele Freunde (zumeist aus Ländern Afrikas) und sogar zwei Cousins in Mainz habe, falle ihm die mittlerweile vierjährige räumliche Trennung von seiner Familie sehr schwer. Die meisten Deutschen sind seinem Empfinden nach sehr zurückhaltend und leben isolierter, als er es von Kamerun gewöhnt ist. Um sich mit Bekannten zu treffen, müsse er sich extra mit ihnen verabreden. Francois fühlt sich jedoch laut seinen Aussagen wohler, wenn seine sozialen Kontakte spontan und auf einer alltäglichen Ebene stattfinden können. Außer sozialen Beziehungen sind die Natur und die ökologische Umwelt für Francois wichtige Themen in unserem Gespräch. Mit einem Filmbeitrag⁴¹ versucht er mir zu verdeutlichen, dass er in Kamerun die Möglichkeit hatte, sich mit Hilfe pflanzlicher Mittel gesund zu erhalten. In Deutschland, so Francois, vermisst er diese alternative Behandlungsart sehr.

3.2.2 *Anna*

Anna wurde in Libreville, der Hauptstadt Gabuns, geboren und bezeichnet sich selbst im Gegensatz zu Francois als „*Stadtmensch*“ (*Anna 2003/2: 17*). Ihr Zugang zum Thema Gesundheit ist wahrscheinlich durch ihre familiäre Geschichte mit beeinflusst. Ihr Vater ist praktizierender Allgemeinarzt in Gabun, ihre Mutter ist Hebamme und ihre

⁴¹ Der Dokumentarfilm aus dem Jahr 2002 ‚Dévostation Durable‘ von Marc Bouvier und Jaques Dochamps, thematisiert die radikale Abholzung des kamerunischen Regenwaldes durch die europäische Holzindustrie. Als eine der negativen Folgen für die dort ansässige Bevölkerung wurde aufgeführt, dass durch die Abholzung nicht nur das ökologische Gleichgewicht der Natur beeinträchtigt wird, sondern auch gleichzeitig Bäume und Pflanzen vernichtet werden, die den Menschen als ‚natürliche‘ Medizin dienen.

zwei Schwestern haben in Frankreich und den U.S.A. Medizin studiert. Die heute 29-jährige zog 1992 zunächst nach Frankreich, wo sie bei ihrer Schwester lebte, und entschied sich schließlich zwei Jahre später, das Studium der Medizin in Deutschland aufzunehmen. Zum Zeitpunkt des Interviews lebt Anna in Wiesbaden und arbeitet an ihrer Doktorarbeit in Frankfurt am Main.

In unserem Gespräch kritisiert sie vor allem die komplizierten und für sie als ausländische Studierende sehr rigiden deutschen Studienbedingungen. Aufgrund des großen Leistungsdrucks innerhalb des Studiums und der Tatsache, dass sie als Ausländerin nicht ihre Ausbildung als Fachärztin in Deutschland absolvieren kann, plant sie im Anschluss an ihre Doktorarbeit, nach Amerika oder Frankreich zu gehen. Ihr großes Ziel ist es, in Gabun eine eigene Praxis zu eröffnen. Sie wünscht sich, dass sie ihr im Ausland angeeignetes Wissen in Gabun einsetzen und die gesundheitliche Situation von Menschen dadurch verbessern kann.

3.2.3 *Gérôme und Francine*

Gérôme und Francine lernten sich in Deutschland kennen und wohnen heute in einer gemeinsamen Wohnung in Wiesbaden, zusammen mit ihrem 8 Monate alten Sohn. Gérôme ist 28 Jahre alt und kam vor 5 Jahren aus Libreville, Gabun, nach Deutschland. Ein Stipendium in Gabun ermöglichte ihm den Beginn seines Studiums. Zunächst studierte er an der Fachhochschule Wiesbaden Versicherungswesen, wechselte jedoch nach dem Grundstudium zum Studium der Germanistik nach Darmstadt. Gérôme spricht sehr offen über seine angespannte finanzielle Situation, was ich darauf zurückführe, dass wir uns bereits als ehemalige Arbeitskollegen des World University Service Wiesbaden (WUS)⁴² kennen. Er schildert mir seine alltäglichen Schwierigkeiten im Umgang mit der deutschen Bürokratie und seine Sorgen als junger Familienvater: Es sei für ihn eine große Verantwortung und stellenweise auch eine Belastung, als ausländischer Student für die Finanzierung seiner kleinen Familie aufzukommen. Zusätzlich zu verbalen Dis-

⁴² Der World University Service (WUS) ist eine internationale, politisch und konfessionell nicht gebundene Organisation, bestehend in über 50 Ländern der Erde. Ausgehend von einem gesellschaftlichen Auftrag der Hochschulen setzt sich WUS für die Entwicklung gerechter, sozialer und politischer Strukturen auf nationaler und internationaler Ebene ein (für weitere Informationen, s. Homepage: www.wusgermany.de).

kriminierungen, denen er als afrikanischer Migrant im deutschen Alltag ausgesetzt ist, darf er als ausländischer Studierender nur geringfügig bezahlte Tätigkeiten ausüben und findet zudem nur schwer Arbeit. Gérome hat aus diesem Grund bereits die unterschiedlichsten Aushilfstätigkeiten angenommen: in der Küche eines Krankenhauses, als Angestellter des WUS, und im industriellen Produktionsbereich.

Francine ist 19 Jahre alt und kommt aus der Stadt Kinshasa in der Demokratischen Republik Kongo. Sie kam vor 4 Jahren zunächst auf Besuch zu einer ihrer Schwestern nach Deutschland und entschied sich schließlich, dauerhaft in Deutschland zu bleiben. Sie hofft nun darauf, in Deutschland einen Ausbildungsplatz zu bekommen. Während unseres Gesprächs hält sie sich verbal sehr zurück. Die Auswertung des Interviews ist diesbezüglich eher einseitig auf Géromes Aussagen fixiert, der häufig ‚für Francine‘ spricht⁴³. Das Thema Gesundheit entwickelt sich in unserem zu dritt geführten Gespräch vor allem in Bezug auf die Lebenssituation in Deutschland. Die nahen Lebensziele von Francine und Gérome betreffen ihr Leben in Deutschland: Sie suchen bereits seit längerer Zeit eine kostengünstige Wohnung für ihre Familie und hoffen, ihr Studium, bzw. die Ausbildung in Deutschland erfolgreich abschließen zu können. Francine und Gérome betonen gleichermaßen, dass Zeit und freundschaftliche zwischenmenschliche Kontakte für sie wichtige Aspekte eines zufrieden stellenden Leben sind, was sich auch in unserer Gesprächssituation zeigt. Im Anschluss an das Interview werde ich dazu eingeladen, auch den Rest des Abends mit ihnen zu verbringen und mir mit ihnen gemeinsam Familienfotos anzusehen.

3.2.4 David

David ist 37 Jahre alt und mit einer deutschen Frau verheiratet. Er lebt in Mainz und arbeitet dort an der Universität als EWE-Sprachlehrer und in Rüsselsheim, als Apotheker. Wir lernten uns im Rahmen studentischer Veranstaltungen kennen und David war mir dabei behilflich, weitere Kontakte zu AfrikanerInnen im Rhein-Main-Gebiet zu knüpfen. David kam vor ca. 10 Jahren aus der Volta-Region Ghanas nach Deutschland.

⁴³ Die Aussagen von Francine und Gérome werden daher im weiteren Verlauf der Arbeit getrennt voneinander zitiert, um deutlich zu machen, wann es sich um direkte Aussagen von Francine handelt.

Sein Ziel war das Studium der Pharmazie, doch für ihn war als ausländischer Student zunächst kein Studienplatz verfügbar. Daher setzte er sein in Accra begonnenes Chemiestudium in Mainz fort und wechselte nach einigen Semestern zum Studium der Pharmazie. Nach dem erfolgreichen Abschluss des Studiums begann er seine Tätigkeit als Apotheker. Auch David schildert mir seine Anfänge in Deutschland als „*nicht leicht*“ (David 2003: 4). Das kalte Wetter, ungewohntes Essen und die zurückhaltende Art der Deutschen brachten ihn anfangs fast zum Abbruch seines Studiums. Er erzählt mir, dass er, um sich möglichst schnell einzuleben und um die deutsche Sprache zu erlernen, viele Kontakte vor allem zu deutschen KommilitonInnen geknüpft habe. Damit habe er vermeiden wollen, ausschließlich mit anderen StudentInnen und Bekannten aus afrikanischen Herkunftsländern zu kommunizieren, und somit die deutsche Sprache nur schwer zu lernen. Dieser ‚Fehler‘ wird in seinen Augen von vielen afrikanischen MigrantInnen begangen. Laut Davids Aussagen ist die Sprache besonders wichtig, um sich in Deutschland einleben zu können. Mittlerweile fühlt er sich in Deutschland wohl und sieht seine Zukunft eher langfristig mit einer Rückkehr nach Ghana verbunden. Eine mögliche Perspektive wäre es für ihn, dort als Apotheker tätig zu werden und somit einem Teil der Bevölkerung mit seinem Wissen zu helfen.

3.2.5 Sophie

Sophies Eltern kamen 1955 als Arbeitsmigranten aus Burkina Faso nach Côte d’Ivoire, in die Stadt Bouaké. Sie und ihre 8 Geschwister wurden dort geboren und besuchten dort auch die Schule. Ihre Eltern haben Burkina Fasos Staatsangehörigkeit beibehalten. Daher musste Sophie dort keine Studiengebühren zahlen und verließ im Alter von 21 Jahren die Côte d’Ivoire, um in Ouagadougou, Burkina Faso, das Studium der Germanistik zu beginnen. Emotional fühlt sie sich jedoch der Côte d’Ivoire stärker verbunden und ihre Mutter und einige ihrer Geschwister wohnen auch heute noch im Haus des früh verstorbenen Vaters in Bouaké. Ein Stipendium des Deutschen Akademischen Auslandsdienstes (DAAD) ermöglichte es Sophie schließlich, für ein Auslandssemester nach Deutschland zu kommen. Aus dem ursprünglich für ein halbes Jahr geplanten Deutschlandaufenthalt wurden schließlich 6 Jahre. Zunächst studierte sie zwei Semester Germanistik in Saarbrücken, um dann nach Mainz zu wechseln. Heute wohnt, arbeitet

und studiert Sophie in Mainz. Von den für sie aus dem Studienortwechsel entstandenen bürokratischen Hindernissen berichtet sie mir in unserem Gespräch teils lachend, teils entnervt. Mittlerweile stellt sie die Inhalte des Germanistikstudiums stark in Frage und hat sich aus diesem Grund in Volkshochschulkursen zusätzliche Computerkenntnisse angeeignet, die sie als Aushilfskraft am Flughafen Frankfurt einsetzen kann.

Sie selbst beurteilt ihre Gesundheit positiv, verweist im Interview jedoch häufiger auf operative Eingriffe, die sie zu Beginn ihres Deutschlandaufenthaltes durchführen musste. Auch auf Nachfragen erzählt sie mir jedoch keine Details, sondern leitet das Gespräch wieder zurück auf ihre derzeitige problematische Studiensituation. Ihr Ziel ist ein erfolgreicher Abschluss ihres Studiums, um dann wieder je nach politischer und ökonomischer Situation entweder nach Burkina Faso oder Côte d' Ivoire zurückkehren zu können.

3.2.6 Marie

Marie kommt aus Burkina Faso. Sie wurde in Bobo-Dioulassou geboren, ist in Ouagadougou aufgewachsen und entschied sich vor 3 Jahren nach Deutschland zu kommen. Die 25-jährige hat vor kurzem ihr Studium der Erziehungswissenschaften an der Universität Frankfurt begonnen. Ursprünglich hatte sie die Absicht gehabt, Internationalen Handel zu studieren. Die komplizierten und für Marie vor allem anfangs nur schwer durchschaubaren Regelungen des deutschen Studiensystems führten jedoch dazu, dass sie nur für Geistes- und Geschichtswissenschaften eine Zulassung erhielt. Schließlich war es ihr möglich, das Studium der Erziehungswissenschaften zu beginnen, womit sie laut ihren Aussagen mittlerweile sehr zufrieden ist. Sie sieht ihre längerfristige Zukunft in Burkina Faso und plant, gemeinsam mit einer ihrer Schwestern, die ebenfalls Erziehungswissenschaften studiert hat, in Ouagadougou einen Kindergarten oder eine Grundschule zu eröffnen. Maries Mutter, zu der sie laut ihren Aussagen eine sehr enge innere Bindung hat, wohnt noch immer in Ouagadougou, der Vater, ein ehemaliger Französischlehrer, ist bereits seit einigen Jahren verstorben. Eine ihrer insgesamt 6 weiteren Schwestern und Brüder wohnt seit 10 Jahren ebenfalls in Mainz. Maries Angaben zur Folge ersetzt die Anwesenheit der Schwester den familiären Rückhalt zumindest teilweise, den sie laut ihren Aussagen sehr vermisst. Die anfängliche Einsamkeit in

Deutschland hat Marie mit Hilfe freundschaftlicher Kontakte über das StudentenInnenwohnheim der Evangelischen Studierenden-Gemeinde (ESG) und gemeinsamer Aktivitäten mit anderen ausländischen Studierenden bewältigt.

3.2.7 *Diamba*⁴⁴

Diamba ist 38 Jahre alt und wurde in Dakar, Senegal, geboren. Dort wuchs er bis zum Alter von 14 Jahren bei seinem Vater und seinen 8 Geschwistern in Dakar auf. Einen großen Teil seiner Kindheit verbrachte er unter anderem bei seiner Tante, der Schwester seiner Mutter. Sie war laut Diambas Aussagen die wichtigste Bezugsperson in seinem Leben. Aufgrund schulischer Probleme und den daraus resultierenden familiären Schwierigkeiten mit seinem Vater zog Diamba schließlich zu seiner Cousine und deren französischem Ehemann nach Gorée. Auf der 2km vor Dakar gelegenen Insel Gorée knüpfte er schließlich auch seine ersten direkten Kontakte zu Musikern, Malern und Tänzern, die dort ebenfalls lebten oder sich auf der Durchreise befanden. Musik, Tanz und Malerei sind seitdem seine zentralen Lebensinhalte geblieben, und auch in Deutschland, wo er seit ca. 12 Jahren im Rhein-Main-Gebiet lebt, gehören diese künstlerischen Ausdrucksformen zu seinem Alltag. Er gibt daher parallel zu den finanziell lukrativeren Gelegenheitsarbeiten in einer Chemiefabrik in Wiesbaden und einer Aushilfsarbeit am Flughafen einmal wöchentlich bezahlten Trommelunterricht und ist Mitglied einer Musikband. Es sei für Diamba wichtig, sich zu entspannen, sich wohl zu fühlen und um über die gemeinsamen musikalischen Auftritte Kontakte zu anderen Musikern zu bekommen. Um sich gesund zu fühlen, erzählt er, muss er ‚relaxen‘ können und Spaß im Leben haben. Diese Lebenseinstellung hat Diamba auch in seinem deutschen Alltag, wo er sich laut eigenen Angaben mittlerweile ‚auch zu Hause‘ fühlt. Reisen in den Senegal unternimmt er, um dort Urlaub zu machen und um Trommeln für den Verkauf in Deutschland zu erwerben. Diese kurzzeitigen Rückreisen in sein Herkunftsland wirken sich, wie er mir lächelnd erzählt, positiv auf ihn aus. Aus diesem Grund plant er auf lange Sicht, für den Hausbau, wieder in den Senegal zurückzukehren.

⁴⁴ Wolof = Jemand

3.2.8 *Oko*⁴⁵

Oko wurde in Accra, Ghanas Hauptstadt, geboren und wuchs in der Nähe von Kumasi auf. Seine Eltern sind bereits beide verstorben und zu seinen restlichen 8 Geschwistern hat Oko nur sporadischen Kontakt. In unserem Interview betont Oko die heilenden Kräfte der Natur und ist von der Wirkung der Herbalmedizin überzeugt. Ein schmerzhaftes Rückenleiden, durch das er nahezu bewegungsunfähig geworden war, habe er größtenteils durch die Behandlung mit pflanzlichen Mitteln, aber auch mit Hilfe von ghanaischen HeilerInnen und schließlich einem operativen Eingriff in Deutschland bewältigen können.

Er erzählt, dass er bereits in Ghana eine besondere Vorliebe für die Natur und ländliche Umgebung gehabt habe, weshalb er schließlich im Erwachsenenalter aufs Land gezogen sei, und Landwirtschaft betrieben habe. Dennoch habe er auch längere Zeit in Accra gelebt und gearbeitet, wo er schließlich seine jetztige deutsche Ehefrau kennen lernte. Vor einem Jahr zog Oko ebenfalls nach Deutschland. Der 45-jährige arbeitet heute als Reinigungskraft an den Mainzer Uniklinken. Für Oko ist die Umstellung in Deutschland schwierig, das Erlernen der deutschen Sprache falle ihm nicht leicht und auch die für ihn wichtige Nähe zur Natur fehle ihm in seinem deutschen Alltag. Oko spricht während des Gesprächs zwar nicht direkt von einer möglichen Rückreise nach Ghana, aber indirekt bringt er diesen Gedanken zum Ausdruck, da er das soziale und witterungsbedingte ‚Klima‘ in Deutschland stark kritisiert.

3.2.9 *Christine*

Christine kam vor ca. 1 ½ Jahren als Au Pair einer deutschen Familie nach Mainz und besucht zurzeit das Studienkolleg als Vorbereitung für das Studium der Publizistik. Sie

⁴⁵ Ga = zweitgeborener, männlicher Zwillings. Okos Zwillingsschwester ist bereits im Kleinkindalter verstorben. Die Namensgebung der Kinder hat bei vielen ethnischen Gruppen Ghanas eine wichtigere Funktion für die Identitätsbildung, als es in anderen Gesellschaften beispielsweise dem Geburtsdatum beigemessen wird. Fink konstatiert bezüglich der Dormaa in Ghana: „The names and their adjuncts provide a child with its personal identity; at the same time it is assigned a firm position within the family and society“ (Fink 1990: 116). Zwillinge haben eine besondere Stellung in der Gesellschaft und ihre Namen drücken diesen Status dementsprechend aus (vgl. ebd.: 116).

ist 22 Jahre alt und wurde in Nairobi, Kenia, geboren. Zusammen mit ihren insgesamt 7 Geschwistern lebte sie bei der Mutter in der Stadt. Ihr Vater ist seit einigen Jahren verstorben und ihre Mutter seit dieser Zeit eine allein stehende Hausfrau. Vier von Christines Geschwistern haben ebenfalls im Ausland studiert oder ihre Ausbildung abgeschlossen. Eine ihrer Schwestern lebt seit ca. 10 Jahren mit ihrer Familie in Deutschland. Zu ihr hat Christine regelmäßigen Kontakt. Sie treffen sich mindestens einmal im Monat und telefonieren fast täglich. Zu ihrer Mutter hat Christine ebenfalls regelmäßigen Kontakt über e-mail, da Telefonieren für sie zu teuer sei. Sie erzählt, dass sie selten Heimweh habe, was sie auf die räumliche Nähe zu ihrer Schwester zurückführt. Auch ihre Mutter habe sie schon einmal in Mainz besucht. Dennoch schildert sie vor allem die Anfangszeit in Deutschland als schwierig: Besonders das kalte Wetter, die anfängliche Einsamkeit und Sprachschwierigkeiten bereiteten ihr im Alltag Probleme. Heute habe sie sich eingelebt und verfolgt ihr Ziel, nach dem Publizistikstudium wieder nach Kenia zurückzukehren, um dort in Frauen- oder Kinderrechtsorganisationen aktiv zu werden.

3.3 Die Quellen des medizinischen Wissens

Nachdem die Lebensläufe meiner InterviewpartnerInnen im vorangegangenen Kapitel skizziert wurden, soll nun auf ihre bisherigen Erfahrungen im Umgang mit ihrer Gesundheit eingegangen werden. In den Gesprächen werden zahlreiche Beispiele dafür angebracht, wann es einer Behandlung der eigenen Gesundheit bedarf und welche Art der Behandlungsmethode in welcher Situation Erfolg versprechend sein kann. Dieses Wissen, die eigene Befindlichkeit in unterschiedliche Gesundheitsgrade differenzieren zu können und gesundheitsrelevant zu handeln, stammt aus unterschiedlichen Erfahrungsquellen.

Meine InterviewpartnerInnen erzählen über medizinisches Wissen, welches sie im Kontakt mit professionellen GesundheitsexpertInnen, beispielsweise ÄrztInnen oder HeilerInnen, gewonnen haben. Es handelt sich um Personen, die sich mehr oder minder beruflich mit Gesundheitsfragen beschäftigen und finanziell für ihre Dienstleistungen entlohnt werden. Die diesbezüglichen Erfahrungen sind daher stark mit Institutionen, beispielsweise Krankenhäusern oder Arztpraxen, verbunden oder konzentrieren sich auf

eine spezielle Art der Behandlung, insbesondere naturwissenschaftlich fundierte und herbalmedizinische Methoden. Auf der professionellen Erfahrungsebene im Umgang mit Gesundheit stehen somit formelle Inhalte und Handlungen im Vordergrund.

Im Unterschied dazu stehen die bereits in frühester Kindheit gemachten Erfahrungen im Umgang mit Gesundheit auf familiärer Ebene. Diese Erlebnisse werden auf bestimmte Vertrauenspersonen im sozialen Umfeld, vor allem nahe Familienmitglieder, zurückgeführt und die von diesen Personen erlernten gesundheitsrelevanten Handlungen werden als spezielles ‚Familienrezept‘ auch im Erwachsenenalter angewendet.

Parallel dazu berichten mir meine InterviewpartnerInnen auch von Situationen, in denen sie selbst, hauptsächlich durch eigenes ‚Ausprobieren‘ und ihr persönliches Erleben der eigenen Befindlichkeit herausgefunden haben, wie sie sich in welchen gesundheitlichen Zuständen am besten verhalten können, um schnellstmöglich wieder gesund zu werden. Dieses Wissen hängt besonders stark damit zusammen, inwiefern die befragten Personen das Gefühl haben, eigenständig ihre Gesundheit einschätzen zu können und dementsprechend auch zu wissen, was sich positiv oder negativ auf sie auswirkt.

3.3.1 „Bei uns zu Hause, wir haben immer zwei Möglichkeiten“

Mit diesem Satz (vgl. Gérome 2003/3:6) unterscheidet Gérome zwischen der Behandlung von professionellen ÄrztInnen auf Grundlage einer naturwissenschaftlich orientierten Medizin und der Pflanzenheilkunde der HerbalistInnen und HeilerInnen⁴⁶. In beiden Fällen handelt es sich um beruflich ausgebildete medizinische ExpertInnen, die durch ihre medizinische Praxis gesundheitsrelevantes Wissen an meine InterviewpartnerInnen weitervermittelt haben. Die Erfahrungen, die mit diesen beiden VertreterInnen des professionellen Sektors in den Herkunftsländern meiner InterviewpartnerInnen gemacht wurden, werden von Erinnerungen an die Finanzierung der Behandlungsmethoden und an Formalitäten (wie beispielsweise lange Wartezeiten beim Arzt oder staatliche Gesundheitsaufklärungskampagnen) begleitet.

⁴⁶ Meine InterviewpartnerInnen bezeichnen die Gesamtheit herbalmedizinischer Praktiken und deren VertreterInnen als ‚traditionelle‘ Medizin. Auf eine inhaltliche Darstellung der regionalen Unterschiede und Differenzierungsmöglichkeiten der Herbalmedizin muss aufgrund der großen Vielfalt verzichtet werden. Der Fokus meiner Untersuchung ist darauf gerichtet, welche speziellen Handlungen von meinen InformantInnen erinnert werden.

Das durch staatliche Aufklärungskampagnen vermittelte gesundheitsrelevante Handeln in den Herkunftsländern meiner GesprächspartnerInnen wird als ‚äußeres‘ Wissen wahrgenommen. ÄrztInnen und VertreterInnen der Regierung bemühen sich, in außeralltäglichen Versammlungen allgemeines Gesundheitsverhalten weiterzuvermitteln. Die WissensvermittlerInnen sind lediglich an ihre berufliche Position gebunden und haben keinerlei persönliche Bindung zu meinen InterviewpartnerInnen:

„Manchmal kommen Ärzte zu uns – also in der Stadt sie machen eine Versammlung und sagen: ‚Kommen Sie, wir werden etwas unterrichten!‘ Und dann kommen die Leute und sie versuchen, etwas zu erklären. Das haben wir viel bei uns. Ja, sie kommen, sie machen Kampagnen, sie versuchen den Leuten über eine bestimmte Krankheit etwas zu erklären. (...) Die Regierung macht das, die Regierung, die macht das. Sie kommen, (...) [um, J.B.] die Leute impfen [zu, J.B.] lassen, gegen Malaria oder gegen etwas [anderes, J.B.]“ (Sophie 2003/5: 26).

Das medizinische Wissen, das durch VertreterInnen der Regierung weitergegeben werden soll, kommt in Annas Worten *„so einfach von außen“* (Anna 2003/2: 14) und hat keinen Bezug zu alltäglichen Handlungen. Das medizinische Wissen stammt in diesen Fällen von erklärt dafür ausgebildeten Personen die in ihren beruflichen Rollen (ÄrztInnen und VertreterInnen der Regierung) wahrgenommen werden. Die Erfahrungen meiner InterviewpartnerInnen mit staatlich organisierten Gesundheitsprogrammen werden mit Inhalten, wie z. B. ‚Bildung‘ (vgl. Sophie 2003/5: 27; Anna 2003/2: 14; David 2003/4: 2), in Zusammenhang gebracht und sind nicht an bestimmte personale Identitäten gebunden.

Ein weiterer Aspekt in den Erfahrungen meiner GesprächspartnerInnen bezüglich staatlicher Gesundheitsfürsorge ist die Finanzierung der ärztlichen Behandlung: David schildert am Fallbeispiel Ghanas, dass es dort vielen Menschen finanziell unmöglich ist, einen Arztbesuch zu bezahlen (vgl. David 2003/4: 6). Anna spricht in diesem Zusammenhang von einer *„Zwei-Klassengesundheit“* in Gabun:

*„Du hast die Privatkliniken (...), die wie die Krankenhäuser hier sind. Die haben wirklich **alles**, nur das kostet wirklich sehr viel **Geld**. Und du hast die öffentlichen Krankenhäuser, oder die öffentlichen kleinen Praxen, wo die Ärzte da arbeiten können. Und die haben nicht so viel Geld. Und das [ist, J.B.] diese Zwei-Klassengesundheit. (...) Ich glaube, jeder Afrikaner würde sich das wünschen, dass es nicht so große Unterschiede gibt. Dass sie einfach viel mehr mit weniger Geld die Möglichkeit haben könnten, sich zu pflegen“ (Anna 2003/2: 16).*

Sie betont ebenfalls, dass ohne vorhandene finanzielle Mittel eine Behandlung in den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen schwierig, wenn nicht gar unmöglich wird: „Wenn du kein Geld hast, dann hat sich eine Tür für dich verschlossen, auch was deine Gesundheit angeht“ (ebd.: 16). Francois schildert ebenso, dass es in Kamerun eine „Frage des Geldes“ (Francois 2003/1: 8) und der persönlichen Kontakte sei, wie schnell und gut die Behandlung in staatlichen und privaten Krankenhäusern sowie in Arztpraxen ablaufe:

„Kommt darauf an wie, oder welche Bekanntschaften du in deinem Krankenhaus hast. Je nachdem von diesem Kriterium kann es langsamer gehen, oder schneller gehen. Wenn du Bekanntschaften hast, wenn du Geld hast, kann es schneller gehen. (...) Aber wenn [Du; J. B.] z. B. keine Bekanntschaften hast, oder kein Geld hast (...) wird sich niemand um dich kümmern“ (Francois 2003/1: 16).

Christine bestätigt, dass der Besuch kenianischer Krankenhäuser mit sehr langen Wartezeiten verbunden ist, bevor es überhaupt zu einer Behandlung kommt. Die Wartezeiten könnten jedoch durch eine entsprechende Geldsumme verkürzt werden:

„Und alles ist so langsam. Das dauert manchmal den ganzen Tag, im Krankenhaus zu sein. Weil es gibt weniger Ärzte und viele kranke Menschen. Es sei denn, wenn du viel Geld hast, dann bist du schneller dran [lacht]. Ja“ (Christine 2003/9: 10).

Die langen Wartezeiten sind für Gérome ein wesentlicher Grund dafür, erst ins Krankenhaus zu gehen, „wenn alles vorbei ist“ (Gérome 2003/3: 23). Erst wenn er alle anderen Möglichkeiten der Behandlung ausgeschöpft habe und noch immer keine gesundheitliche Besserung eingetreten sei, würde er in Gabun öffentliche Gesundheitseinrichtungen konsultieren. Er spielt die ärztliche Konsultation in einem Krankenhaus fiktiv nach:

„Da sagt der Arzt: ‚Oh das ist so [zu, J.B.] spät, warum kommst du erst heute? Hast du Fieber?‘ Da sage ich: ‚Ich habe Fieber seit 2 Monaten, oder 2 Wochen oder so.‘ Dann fragt er mich, warum ich nicht gekommen bin: ‚Ja, warum bist du nicht gekommen?‘ Ich bin nicht gekommen, weil ich z. B. eine tisane genommen habe, einen [Kräuter-, J.B.] Tee, und das hat nichts geholfen“ (Gérome 2003/3: 23f.).

Sophie und Francois erzählen mir ebenfalls, dass sie nur dann in ihren Herkunftsländern ins Krankenhaus gehen würden, wenn es ein „Notfall“ (Francois 2003/1: 8) sei, und wenn alternative Behandlungsmethoden erfolglos gewesen seien und „es mir schlechter

geht“ (Sophie 2003/5: 10). Für eine erfolgreiche Behandlung der Krankheit kann es dann jedoch zu spät sein, wie Anna anmerkt:

„Manchmal wartet man zu viel. In Afrika ist es so, dass wir, dass die Leute manchmal ins Krankenhaus oder zum Arzt gehen, wenn es zu spät ist. Und der Arzt (...) kann überhaupt nichts mehr machen, hat keinen Einfluss mehr auf die Krankheit. (...) Manchmal bei einigen Krankheiten dann ist es einfach zu spät. Und dann kommen die [PatientInnen, J.B.] zum Sterben“ (Anna 2003/2: 6f.).

Anna bringt in dieser Aussage zum Ausdruck, dass Ärzte trotz ihrer professionellen Ausbildung und der vorhandenen medizinischen Geräte und Apparate in Krankenhäusern oftmals keinen Einfluss auf die Gesundheit der PatientInnen nehmen können. Die Effektivität der ärztlichen Behandlungsmethoden wird somit zwangsläufig in Frage gestellt. Gérome macht ebenfalls deutlich, dass er sich zunächst mit pflanzlichen Tees behandelt, bevor er eine ärztliche Diagnose einholt. Oko erklärt sein ebenfalls mangelndes Vertrauen in Ärzte und Krankenhausbetriebe folgendermassen :

“Saying the doctor has been to university to learn this for let’s say 10 years, so he is good. But still, the doctors are making operations and they are killing people. Everyday. The specialists, how they are calling themselves. They are good – but still, they make mistakes” (Oko 2003/8: 18).

Aus seiner Sicht ist eine naturwissenschaftlich fundierte medizinische Ausbildung kein Garant für eine Heilung der Beschwerden. Die menschliche Fehlbarkeit der Ärzte sei ein häufiger Faktor für Fehlbehandlungen. Auch Sophie argumentiert in diese Richtung. Ihrer Meinung nach können Ärzte *„auch einen Fehler machen. Das sind doch auch Leute, also, das sind doch Menschen“* (Sophie 2003/5: 26). Aus diesem Grund ist sie besonders aufmerksam, wenn es um von ÄrztInnen verschriebene Medikamente geht, und liest die Beipackzettel wegen der genannten Dosierungsvorgaben und Nebenwirkungen sehr gründlich:

„Bevor ich das nehme [Medikamente, J.B.] habe ich immer drin [Beipackzettel] gelesen, weil ich weiß, ich habe ein Magengeschwür. Aber der Arzt weiß, dass ich Magengeschwür habe. Er hat mir das [Paracetamol in Tablettenform; J. B.] verschrieben. Obwohl da drin steht, dass Leute, die Magengeschwür haben, das nicht nehmen dürfen. Verstehst du? Aber sie machen solche Fehler. Aber ich merke das, bevor ich das nehme“ (Sophie 2003/5: 26).

Am Beispiel der Behandlung ihres Magengeschwürs, das bereits in Côte d’Ivoire ärztlich diagnostiziert wurde, wird deutlich, dass ihr Vertrauen in das Können der Ärzte eingeschränkt ist. Sie selbst übernimmt Verantwortung für ihre Gesundheit. Aus Angst

vor möglichen Nebenwirkungen versucht sie, die Einnahme von Tabletten zu vermeiden:

„Und ich nehme nicht so viele Chemikalien, weil ich habe immer Angst. Ich habe immer Angst, dass irgendwie Nebenwirkungen kommen. Was (...) diese medizinischen Sachen betrifft. Ich nehme diese Chemikalien nicht [energisch], ja. Ich habe immer Angst vor den Nebenwirkungen“ (Sophie 2003/5: 26).

Das derart ausgedrückte mangelnde Vertrauen in die Kompetenzen der ÄrztInnen und die finanziellen Aspekte der ärztlichen Konsultation sind die wichtigsten Gründe dafür, dass alternative Behandlungsmethoden bevorzugt werden. Gérôme berichtet sogar von regelrechten ‚Mythen‘ bezüglich der Gefahren, die bei einem Arztbesuch auftreten können:

„Es gibt Eltern, (...) sie wollen ihre Kinder in kein Krankenhaus schicken. Sie wollen erstmal die traditionelle Behandlung machen, weil sie Angst haben. Warum haben diese Eltern Angst? Weil sie haben Angst, ob [wenn, J.B.] das Kind z. B. eine Spritze (...) hier [zeigt auf seinen Po] auf Popo jetzt kriegt, und wenn das nicht so rein [in den Muskel trifft; J. B.] (...) das Kind bleibt den ganzen Tag behindert. Deswegen haben die Eltern manchmal Angst, ihre Kinder ins Krankenhaus zu schicken“ (Gérôme 2003/3: 7).

Er vermeidet den Arztbesuch aufgrund seiner Angst vor Spritzen⁴⁷ und behandelt sich bei Beschwerden zunächst selbstständig. Die Vorteile seien dabei für ihn, dass er „nicht zum Arzt gehen“ (ebd.: 23) müsse, „keine Gebühren“ (ebd.: 23) anfallen und die Behandlung angenehmer sei:

„Wenn ich z. B. Bauchschmerzen habe, dann nehme ich diese Blätter, (...) dann trinke ich das und brauch’ keine Tabletten zu nehmen. Brauch’ keine Spritze zu bekommen, wie wenn ich zum Arzt gehen würde. Das ist der Vorteil“ (ebd.: 23).

Gérôme spricht ebenso meine anderen InterviewpartnerInnen davon, dass es neben der ärztlichen Behandlung in Krankenhäusern und Praxen auch einen ‚zweiten Weg‘ gibt, um bei Beschwerden wieder gesund zu werden. Dieser ‚zweite Weg‘ in den Herkunftsländern

⁴⁷ Lux beobachtet Gegensätzliches in Benin: Dort sei mit der Vergabe einer Spritze der Glaube an sofortige Heilung verbunden (vgl. Lux 1991: 131).

ländern steht im Zusammenhang mit Praktiken der Pflanzenheilkunde und dem Kauf von Medikamenten auf dem öffentlichen Markt⁴⁸.

Im Gegensatz zur „Wissenschaft der Weißen“ (Anna 2003/2: 6), den naturwissenschaftlich ausgebildeten ÄrztInnen und medizinischen ExpertInnen, vertrauen meine InformantInnen dem Können von HerbalistInnen und den Heilkräften der Pflanzen sehr viel stärker. Die Akzeptanz und das Vertrauen in „unsere Heilkunst, an den Heiler, und nicht an diese... Krankenhaus“ (Anna 2003/2: 6) ist unter anderem deshalb so hoch einzuschätzen, weil die Bezahlung der HerbalistInnen scheinbar nicht im Vordergrund der Behandlung steht:

„Und bei einem Heiler(...), du kommst und er sagt: ‚O. k. gib mir zuerst das was du hast‘, oder ‚nee, gib mir gar nichts und ich fange an dich zu pflegen, und dann am Ende wirst du mir geben was du kannst‘. (...) da gehen einfach die Leute hin, weil die wissen, O. k. da kann man sich dann arrangieren. Und nicht da, wo man sagt sofort: ‚Gib dein Geld‘. ‚Ich habe doch sowieso kein Geld und was kann ich machen, wenn ich kein Geld habe?... Dann kann ich mich auch nicht im Krankenhaus blicken lassen!“ (Anna 2003/2: 7).

Auch für Francois ist es wichtig, dass kein „Geschäft“ (Francois 2003/1: 14) mit seiner Gesundheit betrieben wird und er nur bezahlen muss, was ihm selbst als angemessen erscheint:

„Ja, musst du schon was bezahlen. Aber wenn du zu einer Frau auf dem Land gehst, musst du nur ‚vom Herzen‘ geben. Aber ich habe (...) [mir, J.B.] weh getan, weil ich habe Fußball gespielt [zeigt auf seinen linken Fußknöchel]. Ich bin zu einer Nachbarin gegangen. Sie hat mir das behandelt. Ich habe ihr [dafür, J.B.] nur gegeben, was ich wollte“ (ebd.: 13).

Er schildert seine Erfahrungen mit Herbalmedizin als insgesamt positiv und mit besseren Ergebnissen, „als im Krankenhaus“ (Francois ebd. 10f.). Francois begründet sein besonderes Vertrauen in die Herbalmedizin vor allem damit, dass diese Art der Heilkunst bereits über Generationen hinweg erfolgreich praktiziert wird:

*„Generell machen die alten Leute so was. Weil sie haben schon Erfahrungen von **ihren** Eltern. Sie haben das von **ihren** Eltern geerbt. Sie kennen schon sehr viele Pflanzen, und welche man für welche Krankheiten nehmen kann“ (ebd.: 11).*

⁴⁸ Die Interviewten unterscheiden zwischen Markt-HerbalistInnen, die ihre Medizin auf Märkten und öffentlichen Plätzen verkaufen, und Heilkundigen, die im Krankheitsfall persönlich konsultiert werden müssen (vgl. auch Pöschl 1987: 132, am Beispiel Malawi).

Die über Generationen überlieferten Erfahrungen der ‚traditionellen‘ Heilkundigen sind ihm die Garantie für die Effektivität der Behandlungsmethode. Die Vererbung des Wissens spricht für die Qualität. Auch Anna, Medizinstudentin in Deutschland, räumt den überlieferten ‚traditionellen‘ Methoden in afrikanischen Ländern eine ebenso hohe Wirksamkeit ein, wie naturwissenschaftlich orientierter Medizin:

„Wie haben wir das gemacht, (...) in den tausend Jahren zuvor. Wie haben wir das gemacht? Wir hatten keine Krankenhäuser, oder keine Ärzte oder so, aber trotzdem sind die Leute geheilt worden“ (Anna 2003/2: 6).

Die Überlieferung des Wissens um die heilende Wirkung bestimmter Pflanzen und deren Anwendung wird es als besonders wert- und machtvoll anerkannt. Marie bezeichnet die medizinischen Fähigkeiten der HerbalistInnen als eine ‚Gabe‘ der Natur: *„Un don, un don de la nature“ (Marie 2003/6: 15)*. Die heilenden Kräfte werden der Natur zugeschrieben: Es sind die Pflanzen an sich, die ‚machtvolle Wirkung‘ haben, wie Oke demonstriert:

“They [HerbalistInnen; J. B.] work for you with leaves. And they have some powerful leaves [lacht]. They have some leaves – you collect about – one, two, four, five of them together, you rub them [macht eine Handbewegung, als würde er Blätter in seinen Handinnenflächen zerreiben] – only rub them, gently rubbing – and then ... smoke starts coming [lächelt]. Only leaves, green leaves, not dried leaves. We have some powerful leaves, who can kill some ... sickness [lächelt verschmitzt]” (Oke 2003/8: 12).

Diese machtvollen Eigenschaften der Natur können jedoch auch missbraucht werden. Einige HerbalistInnen *„sind einfach zum Heiler geworden, um Geld zu bekommen. Um damit Geld zu machen, und nicht mehr wirklich, um die Leute zu heilen“ (Anna 2003/2: 6)*. In solchen Fällen wird auch den HerbalistInnen Misstrauen entgegengebracht und die Wirksamkeit ihrer Behandlung (nicht die Wirksamkeit der Heilpflanzen selbst) in Frage gestellt.

Die Erfahrungsquellen meiner InterviewpartnerInnen im Umgang mit professionell praktizierenden MedizinerInnen und HerbalistInnen, scheinen unabhängig von ihrer nationalen und/oder ethnischen Herkunft zu sein: Die staatlich organisierte Basisgesundheitsversorgung wird mit formellen und finanziellen Belastungen in Verbindung gebracht. Diesbezüglich spricht Lachenmann davon, dass einhergehend *„mit der Schaffung des Basisgesundheitsystems“* eine *„tendenzielle Verlagerung von familiären oder reziproken Gesundheitsleistungen auf eine sich professionalisierende und damit monet-*

arisierende Ebene“ (Lachenmann 1987: 103) festzustellen ist. Die „Monetarisierung sozialer Beziehungen“ (ebd.: 102) im Gesundheitsbereich führt ihr zufolge dazu, dass den TrägerInnen des professionellen Wissens, ÄrztInnen, Krankenhauspersonal – aber auch ‚traditionellen‘ HeilerInnen immer häufiger misstraut wird.

„Nur im Notfall“, meinte die Mehrheit meiner GesprächspartnerInnen, würden sie in ihren Herkunftsländern ein Krankenhaus oder eine Arztpraxis besuchen⁴⁹. Als bessere Alternative käme ihnen zu Folge zunächst der Besuch einer pflanzenheilkundigen Person in Frage. Die Bedeutung heilpflanzlicher Behandlungsmethoden in afrikanischen Ländern wird in der Fachliteratur und von medizinischen Experten sehr hoch eingeschätzt. Bichmann geht bei ca. 80% der Bevölkerung des afrikanischen Kontinents davon aus, dass sie sich durch ‚traditionelle‘ HeilerInnen der Herbalmedizin behandeln lassen (vgl. Bichmann 1987: 66). Auch Neurochirurg Dr. Dei-Anang berichtet, dass sich allein in Ghana rund 70% der Gesamtbevölkerung erfolgreich durch HerbalistInnen behandeln lässt. Dieses Argument allein, so Dr. Dei-Anang, spräche bereits für die Wirksamkeit der Methode: *„Jetzt stellen Sie sich vor, die Herbalisten wären **schlecht**. Und würden aber 70% der Bevölkerung behandeln. Dann müssten wir doch fast alle tot sein. Das Gegenteil ist aber der Fall!“* (Dei-Anang 2003/II: 7).

Als Grund für das besondere Vertrauen in diese Behandlungsmethoden wird von den von mir Befragten besonders das ‚Generationen-Wissen‘ (vgl. Francois 2003/1: 11, Marie 2003/6: 15, Sophie 2003/5: 9) hervorgehoben und, dass es sich um ‚geheimes, machtvolleres‘ Wissen handelt. Dr. Dei-Anang erklärt:

„Dafür muss man in den Busch gehen (...). Wenn Sie zum Herbalist gehen, und Sie haben einen – Skorpionstich z. B. dann rennt er [Herbalist; J. B.] in den Garten, Bush und sammelt die Blätter, da, da, da [imitiert mit seinen Handbewegungen das

⁴⁹ In diesem Zusammenhang merkt Klaufuß richtigerweise an, dass keine „einheitliche Meinung“ (Klaufuß 1994: 157) darüber herrscht, „ob Patienten erst in ein Krankenhaus gehen und nur, wenn sie von der Behandlung enttäuscht sind, einen Heiler aufsuchen, ob sie zuerst zu einem Heiler gehen, auch dort wo moderne Gesundheitseinrichtungen erreichbar sind oder ob sie beide Gesundheitssysteme simultan in Anspruch nehmen“ (ebd.: 157). Er verdeutlicht zudem, dass eine Behandlung durch professionelle Ärzte nicht zwangsläufig aufgrund des zu zahlenden finanziellen Betrags abgelehnt wird, da sich dies regional unterscheiden würde. Er führt in diesem Zusammenhang das Beispiel Ostafrikas an, wo die „moderne Medizin kostenfrei“ (ebd.: 158) sei, „während die traditionellen Heiler bezahlt werden müssen“ (ebd.: 158). Meine kenianische Gesprächspartnerin Christine hingegen spricht ebenso wie MigrantInnen aus westafrikanischen Ländern davon, dass ohne die nötigen finanziellen Mittel eine Behandlung im Krankenhaus in Kenia schwierig ist: *„Man geht zum Arzt, man muss eine ganz hohe Gebühr bezahlen. Ähm, um ein Bett zu kriegen, und Arzt und Medikamente. Und das wird danach dann alles berechnet und dann man muss das bezahlen. (...) ja, wenn du krank bist, und du kein Geld hast, dann heißt das ‚Tod‘“* (Christine 2003/9: 5).

*Pflücken von Gräsern und Blättern] – Sie laufen hinterher. Da nimmt der vielleicht 10 verschiedene Blätter und eine Wurzel. Ja? Und – wenn sie zum Patienten kommen, schmeißt er 9 weg, hat er nur noch ein Blatt und sie wissen nicht, welches es war. Ja? Und dieses **Geheimnis**, das trägt ja zur Sache bei“ (Dei-Anang 2003/II: 12f).*

Bevor es jedoch überhaupt dazu kommt, dass das ‚geheime‘ Wissen der HerbalistInnen in Anspruch genommen werden muss, berät die Familie der betroffenen Person über deren gesundheitlichen Zustand: Familienmitglieder, nahe Verwandte oder Bekannte entscheiden, ob jemand als ‚gesund‘ oder ‚krank‘ einzustufen ist und welche Behandlungsform angebracht erscheint. In erster Instanz „*kümmern*“ (Anna 2003/2: 13) sich die Familien um die erkrankten Personen, ihre Kinder und ältere Menschen und bemühen sich um die Verbesserung des Gesundheitszustandes. Dr. Nzimegne-Gölz bestätigt, dass afrikanische PatientInnen, „*nicht ohne weiteres einfach zum Arzt gehen*“ (Nzimegne-Gölz 2003/III: 7). Stattdessen berufen sie sich zunächst auf die Hilfe ihrer Familien (vgl. ebd.: 7f.). Innerhalb der Familie werden demnach wichtige Erfahrungen im Umgang mit der eigenen Gesundheit gemacht. Meine InformantInnen erinnern sich in ihren Erzählungen an viele Situationen, in denen ihre Mütter, Tanten, Onkel oder die Geschwister ihnen gezeigt und gesagt haben, wie sie sich im Fall einer bestimmten Erkrankung verhalten können, um wieder gesund zu werden. Die gesundheitsrelevanten Praktiken, die sie als Kinder erlernt haben, werden auch im Erwachsenenalter angewendet. Die folgenden Ausführungen veranschaulichen, worin diese gesundheitsrelevanten Handlungen bestehen und wer die VermittlerInnen dieses speziellen Wissens waren.

3.3.2 „Es kommt darauf an, in welcher Familie du bist“

Die Weitergabe medizinischen Wissens erfolgt durch einzelne Familienmitglieder und wird oftmals in regelrechten LehrerInnen-SchülerInnen-Verhältnissen organisiert (vgl. Bichmann 1987: 66). Wie jemand mit seiner Gesundheit umgeht ist daher, wie auch Sophie in obigem Zitat deutlich macht (vgl. Sophie 2003/2: 26), davon abhängig, wie der Umgang mit Gesundheit innerhalb der eigenen Familie gestaltet wurde. Enge Familienmitglieder und Vertrauenspersonen sind frühe Vorbilder für gesundheitsrelevantes Handeln. In den Erfahrungen meiner GesprächspartnerInnen spielen diesbezüglich die Eltern, insbesondere die Mütter, eine zentrale Rolle. Damals war man im Krankheitsfall

„zu Hause und o. k. die Eltern sind dann da. Die Eltern sind da und da brauchte ich mir keine Sorgen machen. Da hatte ich keine Sorgen, weil ich dachte, o. k. ich kann krank werden, ich kann zwei drei Tage zu Hause bleiben, aber die Eltern sind da, und sie machen das alles. Ich bezahle keine Wohnung, ich bezahle gar nichts, ich bezahle das...die Eltern machen das alles“ (Gérôme 2003/3: 5).

Die Eltern sind im Krankheitsfall nicht nur für die direkte körperliche Verpflegung zuständig, sondern kümmern sich ganzheitlich um das Wohlbefinden ihrer Kinder. Familienmitglieder machen sich *„Sorgen um dich“ (Anna 2003/2: 13)* und *„das sind die Leute deiner Familie, z. B. deine Familienmitglieder, die sagen dann ‚o. k. du gehst jetzt ins Krankenhaus‘ oder ‚wir pflegen dich jetzt‘. (...) Genau, die treffen die Entscheidungen für dich“ (Anna 2003/2: 9).* Insbesondere die Mütter haben die gesundheitliche Aufgabe, die Befindlichkeit ihrer Kinder als ‚gesund‘ oder ‚krank‘ einzuschätzen, bzw. den Grad der Gesundheit differenzieren zu können:

„Mh, sie [Maries Mutter; J. B.] hat alles möglich gemacht. Und du fühlst dich wie ein Baby, weißt du. Und – oh, sie ist immer da, und manchmal, sie hat soviel Stress und manchmal sagst du ‚es geht mir besser‘, dann sagt sie ‚nein, trotzdem‘. Ohh [belustigt]. Naja, sie hat immer Angst, wenn jemand krank ist, weißt du“ (Marie 2003/6: 11).

Selbst wenn die subjektive Einschätzung der Gesundheit positiv ausfällt und es Marie *„nur ein bisschen schlecht geht, ich muss sofort zum Arzt. Bei uns war das einfach so“ (Marie 2003/6: 13).* Maries Mutter war die Entscheidungsträgerin bei der Frage, ob die Konsultation einer medizinischen Expertin/eines medizinischen Experten notwendig erschien. Selbst wenn Marie ihren eigenen gesundheitlichen Zustand anders, positiver als die Mutter einschätzte, wurde der Familienarzt gerufen und *„der kommt dann. Manchmal mit Spritzen – ihh [verzieht das Gesicht]. Deswegen wollten wir nichts sagen [lacht]. Ja, und das wäre, wenn man Fieber hat“ (ebd: 13.).*

Eltern haben aufgrund ihrer Fürsorgepflicht die zentrale Entscheidungsmacht und behandeln und therapieren ihre Kinder häufig selbst.

Die Therapiemöglichkeiten und Art der jeweiligen Behandlung hängen von der Finanzierbarkeit, Erreichbarkeit und eingeschätzten Effektivität ab. Beispielsweise schildern meine GesprächspartnerInnen, dass ihre Eltern bei Fieber (insofern die Konsultation medizinischer ExpertInnen noch nicht notwendig erschien) hauptsächlich zwischen zwei Varianten gewählt haben: zwischen der Einnahme von Tabletten und chemischer Medikamente (vor allem Nivaquine, Chloroquine zur Malariabehandlung, vgl. Lux

1991: 127, und Paracetamol, Schmerzmedikamente, werden genannt) sowie der Behandlung durch pflanzliche Mittel:

*„Damals als Kind, wenn ich Fieber hatte, brauchte ich nicht zum **Arzt** zu gehen [sehr betont] Da brauchte ich nicht zum Arzt zu gehen. Was machte meine Mutter, meine Mutter - es gibt viele Pflanzen da, oder wenn ich Fieber habe, dann sagte sie ‚oh, du hast Fieber‘ ... dann kriege ich gleich eine kleine Nivaquine für Fieber, das ist so wie Paracetamol. Da kriege ich zwei von, einen Tag, zwei Tage. (...) Die ersten Tag, nehme ich Paracetamol und den zweiten Tag und es hilft nichts, und es gibt noch immer Fieber, was mache ich jetzt? Was macht meine Mutter? Z. B. ein paar Pflanzen, z. B. drei, vier, fünf, es gibt z. B. auch Eucalyptus. Kennst du das? Eucalyptus? (...) Das ist ein großer Baum, mit ehhh... (...) Dann nimmt man z. B. den, es gibt auch andere Pflanzen, die so wie auch Pfefferminze sind, vier verschiedene oder fünf Pflanzen, und da machen wir das auf einen großen Topf. Du musst dir das ungefähr so vorstellen, das dauert ungefähr auch zwei - zwanzig Minuten, fünfzig Minuten, und dann was machen wir? Dann machen wir das auf einen großen Topf, wir nehmen eine große Decke, du musst auf dem Boden sitzen, du sitzt auf dem Boden, dann machen wir eine Decke, eine große Decke, dann musst du diese Pflanzendampf, und diesen Dampf musst du einatmen. (...) Dieser Dampf, da bleibst du drunter, ungefähr zehn, zwanzig Minuten und du bist ganz schwitzig und so, und dann fühlst du dich ganz wohl. Dann brauchst du keine Tabletten. Da bleibst du vielleicht zwei Wochen, drei Wochen daheim, bis das Fieber herunter ist, oder die Malaria runter ist“ (Gérome 2003/3: 5f.).*

Géromes Aussage verdeutlicht, dass die Favorisierung von pflanzlichen Heilmitteln die Einnahme von Tabletten keineswegs ausschließen muss, sondern sich die Medikationen scheinbar ergänzen. Ebenso wie es Gérome aus seiner Kindheit schildert, erzählen auch Marie und Sophie, dass ihre Mütter parallel zur medikamentösen Behandlung mit Tabletten pflanzliche Methoden angewendet haben. Als Prophylaxe gegen Malaria werden Nivaquine-Tabletten und im akuten Erkrankungsfall ein Pflanzensud aus gekochten Papayaabblättern eingenommen:

„Ja, bei Malaria. Papaya-Blätter. Ohh das schmeckt nicht [verzieht das Gesicht] (...) Oh Gott, man muss es trinken. (...) Die Blätter man muss das, wenn du es kochen lässt, man muss es dann trinken. (...) Ah, für das [zur Malaria-Prophylaxe; J. B.] nimmt man eine Tablette, Nivaquine. Eine pro Woche und dann drei Monate lang und dann ist es fertig für’s ganze Jahr“ (Marie 2003/6: 13f.).

Auch Oko kennt die Kombination der Behandlung von freikäuflichen Medikamenten und pflanzlichen Substanzen, die ihm seine Mutter in der Kindheit beigebracht hat:

“We also know, from childhood, when my mother has headache, she told me to buy ‘paracetamol’, a medicine, which is for headache. And if she has stomach pain, for example she is been telling, there are some leaves, which she has been buying from the market” (Oko 2003/8: 18).

Sophie weiß ebenfalls, dass die Wahl der Medikation von der Art der Erkrankung abhängig ist und auch Tabletten oftmals eine positive Wirkung haben können. Denn *„nicht alle Krankheiten kann man mit so was [Heilpflanzen; J. B.] heilen“* (Sophie 2003/5: 9).

Es ist nicht nur die Wirksamkeit der Medikation, die entscheidend für die Wahl ist, sondern es ist auch eine Frage der Verfügbarkeit der Medikamente. Je einfacher erhältlich und kostengünstiger die Medikamente sind, desto eher wird eine Behandlung damit stattfinden können. Da pflanzliche Heilmittel häufig frei in der umliegenden Natur zugänglich sind oder gegen geringe Geldsummen auf dem Markt käuflich erworben werden können, fällt die Wahl häufig auf natürliche, pflanzliche Medikation: *„We only go to backyard, collect some leaves“* (Oko 2003/8: 16).

Die Mehrheit meiner GesprächspartnerInnen erinnert sich dabei an spezielle Pflanzen, die in ihrer Familie bei bestimmten Krankheitssymptomen verwendet wurden. Gérome nennt in diesem Zusammenhang Eukalyptusblätter (s.o. Zitat), Marie erzählt diesbezüglich von Papayablättern (s.o. Zitat) und Francois erinnert sich an die Aloe-Pflanze:

„Mit dieser Pflanze haben wir zu Hause immer Bauchschmerzen behandelt. Ja, die ist auch hier. Das heißt Aloe [Aloe = Liliengewächs; J. B.]. (...) Das hilft bei so vielen Krankheiten und zwar Bauchschmerzen. Das ist sehr gut für Bauchschmerzen, bei uns. In unseren Gärten haben wir immer diese Pflanzen gehabt“ (Francois 2003/1: 15).

Das Wissen um die heilenden Kräfte bestimmter Pflanzen und Substanzen und die Art der Zubereitung und Einnahme wird von Generation an Generation weitervermittelt. Es sind die *„Erfahrungen von Ureltern, von Großvater oder Großmutter“* (Francois 2003/1: 4), die von meinen GesprächspartnerInnen in Form von Familienrezepten erinnert werden. Gérome spricht vom *„Reichtum, das ist Reichtum“* (Gérome 2003/3: 23), der ihm von seinem Onkel in Form von Wissen um eine bestimmte Pflanze geschenkt wurde: *„Dann kam er [Onkel; J. B.] zu mir und sagte: Guck mal diese Pflanze da. Wenn du Zahnschmerzen hast, dann nimmst du etwas. Und du darfst niemandem davon erzählen“* (Gérome 2003/3: 23).

Die Behandlung mit heilenden Pflanzen und Substanzen ist somit kein ausschließlich professionelles medizinisches Wissen. Es ist zwar exklusiv und wird innerhalb der Familien geheim gehalten, jedoch an die eigenen Kinder weitergegeben (vgl. auch Klauß 1994: 151f.). Neben den eigenen Eltern nehmen auch nahe Bezugspersonen und Verwandte, wie z. B. bei Gérome der Bruder der Mutter, wichtige Rollen bei der Vermittlung medizinischen Wissens ein. Diamba erzählt von seiner Tante, der Schwester seiner Mutter, die ihn in gesundheitlichen Fragen beraten hat:

Da [bei Beschwerden; J. B.] bin ich immer zu meiner Tante gegangen. Wenn ich zu ihr gegangen bin, die war so – die konnte sehr viel mit Wurzeln und dies und das. Wir halten nichts von diesen Chemikalien und so. Wir haben gekocht und gemacht und so. (...) Ja, die Schwester meiner Mutter. Die kannte sich sehr gut aus, mit solchen Sachen und so. Wenn ich hatte Beschwerden dann war ich immer bei ihr, nicht zum Arzt. Zum Zahnarzt oder so was zu gehen, das brauchte ich nicht mehr“ (Diamba 2003/7: 17).

Diambas Tante ist nicht nur in gesundheitlichen Fragen eine wichtige Ansprechpartnerin: Bereits in jungen Jahren ist sie seine wichtigste Vertraute. Er beschreibt sie als

„einzigste Bezugsperson, die mich wirklich mochte. Ich konnte mit ihr alles berechnen. Sie versteht mich immer. Sie mochte mich, wenn ich gut in der Schule war, und als ich aus der Schule raus bin, das war gleich. Alle anderen sahen das nicht so“ (Diamba 2003/7: 19).

Diamba vertraut seiner Tante in außergesundheitlichen Bereichen des Alltags und glaubt ihr auch bei gesundheitlichen Ratschlägen. ‚Vertrauen‘ scheint für die Vermittlung des medizinischen Wissens innerhalb der eigenen Familie eine wichtige Rolle zu spielen: David, der von Beruf selbst Apotheker ist und sich sehr für die Wirksamkeit von pflanzlichen Medikamenten interessiert, schildert mir, dass sich dieses, manchmal fast schon ‚blinde‘ Vertrauen in das medizinische Können der eigenen Familienmitglieder, auch negativ auswirken könne. Er erzählt, dass viele Familienmitglieder *„wissen, dass diese Pflanzen, diese Kräuter helfen. Aber von der Dosierung, wissen sie nicht viel“* (David 2003/4: 6). Er erklärt, wie es dazu kommt, dass Pflanzenmedizin auch schädigende Wirkung habe und es gefährlich werden könne, wenn die Dosierungen falsch erinnert und weitergegeben werden:

„Man hat von einem Heiler gelernt. Er war krank, man ist zu ihm gegangen und der hat gesagt: ‚Hast du das und das, o. k. dann nimmst du diese Pflanzen A und B, mischt die zwei mit Ananas und so und dann trinkst du einmal morgens und abends und dann schnell ins Bett gehen‘. Das hat er gelernt, das war die Schulung. Und wenn er auch jemanden anderes sieht, oder in einer anderen Familie jemand krank ist: ‚Ah, als ich krank war, ich hatte auch die gleichen Symptome, da bin ich zum Heiler gegangen, er hat mir das gegeben, das gebe ich dir auch.‘ Dann hat er es weitergegeben. So geht das von Omas zu Kindern und dann geht es weiter. Aber wie gesagt, die Dosierungen, die Nebenwirkungen und die Wechselwirkungen mit anderen Sachen – das kennen sie nicht“ (David 2003/4: 7f.).

David nimmt sogar an, dass manche Falschdosierung von Herbalmedizin auch tödlichen Ausgang haben kann: *„ich habe keine Statistik, aber ich glaube dadurch [falsche Dosierung der Herbalmedizin; J. B.] sind auch schon welche gestorben“ (David 2003/4: 8)⁵⁰.*

Die Vermittlung medizinischen Wissens auf familiärer Ebene ist ein ganzheitlicher Lernprozess. Er umfasst nicht nur die Erfahrungen mit bestimmten Medikamenten und heilenden Substanzen, sondern bezieht sich auch auf andere alltägliche Handlungen des Lebens. Der diesbezügliche Lernprozess vollzieht sich über Beobachtungen, weniger durch direkte Erklärungen (vgl. auch Klauf 1994: 151).

Gérome und Francine erzählen hierzu, in welcher Weise gesundheitsrelevantes Wissen auch in alltäglichen Situationen in den eigenen Familien weitergegeben wird: *„Die Familie spielt eine große Rolle in Afrika. Weil alle sind zusammen [auf-; J. B.] gewachsen (Gérome 2003/3: 30). Das Wissen, welches sie in dieser Gemeinschaft erlernt haben, wird für Francine während ihrer Schwangerschaft und nach der Geburt des gemeinsamen Kindes besonders wertvoll. Francine konnte auf ihre Erfahrungen, die sie bereits in ihrer eigenen Kindheit und Jugend im Umgang mit Schwangerschaft, Geburt und Kinderpflege gesammelt hatte, erfolgreich zurückgreifen:*

„Die Mutter hat auch ein kleines Kind bekommen. Sie [Francine; J. B.] hat auch eine kleine Schwester, und einen kleinen Bruder auch vielleicht behandelt. Gewaschen und Pampers gewechselt. – Sowieso bei uns ist das auch anders [lacht und zeigt auf die Pampers seines Sohnes] – ehh, Pampers zu wechseln, oder das Kind zum Essen zu bringen“ (ebd.: 30).

⁵⁰ Rosny bezieht sich in seinen Schilderungen zu Gesundheitsvorstellungen in Kamerun ebenfalls auf die möglichen Gefahren, die durch die Behandlung mit pflanzlichen Heilmitteln entstehen können. Er verweist diesbezüglich jedoch eher darauf, dass es zu gefährlichen Nebenwirkungen durch die gleichzeitige Einnahme herbalter Mittel und chemischer Medikamente kommen kann (vgl. Rosny 2002: 108).

Francines kennt die notwendigen Handgriffe bei der Babypflege aus der Zeit „*als sie Kind war, als sie sehr jung war*“ (ebd.: 30). Damals konnte sie ihre Mutter, Cousinen und Schwestern während deren Schwangerschaften beobachten und den Umgang mit Kleinkindern an den jüngeren Geschwistern üben. Bei ihrer ersten eigenen Schwangerschaft standen laut Gérôme Fragen, wie beispielsweise „*Wie kriege ich ein Baby, wenn ich im Kreißsaal bin? Wie soll ich das Baby behandeln, wenn das Baby zu Hause ist? Wie soll ich mein Baby wickeln?*“ (Gérôme 2003/3: 28) für das junge Paar nicht mehr zur Diskussion. Der Besuch von Schwangerschaftsgymnastik oder eines Geburtsvorbereitungskurses war ihres Erachtens nicht notwendig: „*Wir haben niemals Gymnastik gemacht. Wir haben gar nix gemacht, wie kriege ich ein Baby*“ (Gérôme 2003/3: 30). Francine erklärt: „*So etwas machen wir nicht in Afrika*“ (Francine 2003/3: 28) und Gérôme bekräftigt: „*Sie brauchte das überhaupt nicht. Wir brauchen das nicht*“ (Gérôme 2003/3: 28).

Das Thema Gesundheit und der Umgang mit der eigenen Gesundheit kann als ganzheitlicher, durch das Familienleben geprägter Lernprozess interpretiert werden. Im Gegensatz zur professionellen Ebene sind die Erfahrungen mit Gesundheit auf familiärer Ebene personengebunden. Medizinisches Wissen wird von den eigenen Müttern oder nahen Bezugspersonen an die Kinder weitergegeben. Bichmann führt in diesem Zusammenhang den Begriff der „therapy management group“ ein:

„Die *therapy management group* ist die Bezugseinheit, auf deren Ebene die prädisponierenden und die Krankheitsfaktoren zusammenwirken, wo die individuellen Einstellungen der Beteiligten, insbesondere ihre Krankheitskonzepte und ihre empirischen Erfahrungen mit früheren Erkrankungen das Verhalten im konkreten Fall beeinflussen“ (Bichmann 1995: 42).

Diese Bezugseinheit besteht aus den Eltern und den Geschwistern der eigenen Eltern sowie den Großeltern. Sie treffen die primären Entscheidungen darüber, wie im akuten Krankheitsfall agiert wird und welche konkreten Maßnahmen zu treffen sind. Die Behandlungsmöglichkeiten, von denen meine GesprächspartnerInnen in diesem familiären Zusammenhang sprechen, variieren: Je nach Krankheit und Krankheitssymptom haben ihre Eltern in ihren Erinnerungen zwischen pflanzlichen Heilmitteln oder Tabletten gewählt. In manchen Fällen erfolgte auch eine Kombination beider Behandlungsmethoden. Die Wahl der Behandlung scheint diesbezüglich auch von der Verfügbarkeit der Medizin abhängig zu sein. Schnell erhältliche und finanziell günstige Medikamente (auf

dem Markt oder in der Apotheke für geringe Geldsummen) werden als besonders bevorzugt dargestellt.

Im Erwachsenenalter haben die MigrantInnen jedoch auch eigene Erfahrungen mit ihrem Körper und ihrer Befindlichkeit machen können. Sie haben für sich persönlich im Laufe der Zeit gelernt, wie sie sich selbst gesund erhalten können. Die folgenden Ausführungen meiner GesprächspartnerInnen verweisen auf diese individuelle Ebene der Erfahrungen mit Gesundheit.

3.3.3 „Das ist mein Körper, weißt du. Das ist meine Gesundheit“

Diamba spricht mit diesem Satz (vgl. Diamba 2003/7: 17) seine persönliche Verantwortung, die er der eigenen Gesundheit gegenüber hat, an. Der in der Kindheit erlernte Umgang mit Gesundheit und die damals gewählten Behandlungsformen können sich im Zuge des Erwachsenwerdens verändern. Jeder Mensch sammelt im Laufe seines Lebens Erfahrungen mit den Reaktionen seines eigenen Körpers und seiner individuellen Befindlichkeit. Hierbei wird individuell erlernt, was persönlich ‚gut‘ oder ‚schlecht‘ bekommt und was im Fall einer Erkrankung getan werden kann, um die Gesundheit wieder herzustellen: Das Individuum selbst übernimmt im Zuge des Älterwerdens Verantwortung für die eigene Gesundheit. Diese Verantwortung drückt sich auch biographisch, in der Lebensführung der befragten Personen aus.

Auch in Okos Aussagen lassen sich diese individuellen biographischen Bezüge im Umgang mit Gesundheit feststellen. In seiner frühen Kindheit hat Oko zwar von seiner Mutter gelernt, im Krankheitsfall zum Arzt bzw. ins Krankenhaus zu gehen und Medikamente in Tablettenform einzunehmen, er bevorzugt jedoch aufgrund seiner persönlich stark empfundenen Naturverbundenheit pflanzliche Heilmittel. Er erzählt, dass er daher auch schon in Ghana gerne auf dem Land gelebt und sich sehr für die in seiner unmittelbaren Umgebung gewachsenen Heilpflanzen interessiert hat. Sein medizinisches Wissen über die Wirkkraft der Heilpflanzen stammt aus dieser Zeit in Ghana, in der er als Erwachsener viele verschiedene pflanzliche Mittel ausprobiert hat:

“I learned some few herbs from the forest – like I have headache – or cold, catarrh – I grind – this is called ginger. And than ... squeeze the water into my nose. (...) Ya, you see, sometimes the water coming out from the eye. It is also a kind of headache. We have – some headache, you see, you feel it only one side, only one side, only one part – ah sorry, half part of the body, the head. And this kind of pain – we grind tomato-leaves. And than also we squeeze it, the water into the nose. (...) We realise, we think we are not fine - so I have to try this, or to do this. And than within some few hours, we will feel o. k. (...) We try for example. I try, with a headache, I try the ginger. And if it doesn't work, I try the tomato leaves. Also. But than, I try first the ginger for ... about 6 hours, and if it doesn't stop, the next day I change to tomato-leaves” (Oko 2003/8: 8f).

Das Wissen um eine, den unterschiedlichen Symptomen entsprechende Therapieform und um deren Effektivität, kann als kontinuierlicher Lernprozess aufgefasst werden. Dabei ist das eigene ‚Ausprobieren‘ laut Okos Aussagen von besonderer Bedeutung:

“Let's say, if I have a cold, I try this and than I say 'o. k.'. You buy the medicine for the cold and still the cold is there. And than I'll try another medicine, also. A was trying it, trying it, trying it. (...) So, we only find from trying” (Oko 2003/8: 20).

Auch Anna betont, dass jeder Mensch für sich persönlich am Besten weiß, was sich im Einzelfall positiv auf die Befindlichkeit auswirkt. Dem subjektivem Empfinden entsprechend wird darüber entschieden, ob und welche Medikamente eingenommen werden, oder ob die Gesundheit nicht auf anderen Wegen wieder hergestellt werden kann:

*„Wenn ich z. B. krank bin, dann tue ich das was ich für mich gut halte. Das heißt, vielleicht ich bleibe einfach zu Hause, schlafe ein bisschen. (...) Manchmal kannst du schon wissen, was für dich gut ist. Weil du das entweder schon gemacht hast, oder einfach dich so besser fühlst. Und wenn du merkst ‚o. k. **das** tut mir gut‘, dann versuchst du dir einfach zu sagen, zu machen, was dir eh, eh, gut tut. (...) Also wenn du weißt, ‚o. k. diese Tabletten tun mir gut‘ dann nimmst du das. Ja, und wenn du sagst ‚nee, die Tabletten tun mir nicht gut‘ oder ‚ich will einfach nur da sein [zu Hause im Bett; J. B.], und einfach ruhig bleiben‘, dann tue ich das auch. Das ist eine Art und Weise, seine Gesundheit zu beeinflussen, die individuell ist“ (Anna 2003/2: 5).*

Anna unterscheidet bezüglich der Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigung zwischen ‚kritischen‘ und ‚weniger kritischen Zuständen. Laut ihren Erfahrungen sind ‚kritische‘ Gesundheitszustände nicht ohne die Einschätzung und medizinische Hilfestellung von ExpertInnen zu bewältigen:

„Was ich da beschreibe ist eigentlich so ein gesundheitlicher Zustand, der aber nicht sehr kritisch ist. Das heißt nicht - ich würde sagen, ... ja, Grippe, oder so. Aber wenn du wirklich eh, schwer krank bist, dann würde ich dich sowieso zum Arzt schicken [lacht]. Zum Arzt schicken, sofort. Weil ich denke, manchmal wartet man zu viel“ (Anna 2003/2: 5).

In diesem Zitat spricht Anna einen wichtigen Aspekt an: Inwiefern kann die Eigentherapie *ohne* die Konsultation eines Arztes erfolgen. Anna verlässt sich, vielleicht aufgrund ihrer medizinischen Ausbildung, bei starken gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Krankheiten ausschließlich auf das Urteil medizinischer Professioneller (darunter versteht sie auch professionelle HeilerInnen). Ihr persönlicher biographischer Hintergrund scheint somit für ihren Umgang mit Gesundheit relevant.

Auch bei Diamba kann ein biographischer Bezug im Umgang mit Gesundheit festgestellt werden. Er unterscheidet ebenso wie Anna zwischen ‚großen‘ und ‚kleinen‘ Beschwerden (vgl. Diamba 2003/7: 16), berichtet jedoch, dass er auch bei ‚großen Beschwerden‘ (er zählt beispielsweise Malaria zu diesen Beschwerden) nicht allein auf die ärztliche Meinung hört. Er hält sich selbst für ausreichend kompetent, um seine Gesundheit selbständig zu erhalten. In seiner Vergangenheit hat er erfahren, dass von ärztlicher Seite vorschnell, und seines Erachtens unnötigerweise, starke Medikamente auf chemischer Basis verschrieben wurden. Da er sich von Ärzten *„nicht mehr nur so irgendwas geben“* (Diamba 2003/7: 18) lassen möchte, bringt er sich selbst aktiv bei der Diagnosestellung und der Wahl der Behandlungsmethoden ein. Am Fallbeispiel eines Sportunfalls beschreibt er, wie sich seine Eigenverantwortlichkeit während des Arztbesuchs ausdrückt:

*„Ich habe in Erbenheim meinen Fuß gestaut. Und ich habe zum Arzt gesagt ‚du kannst deine Finger da rein drücken‘ und dies und das – und der Arzt sagte, es war ein guter Arzt, ‚nee, wir machen erstmal ein Röntgenbild‘. Dann haben wir es röntgen lassen und haben es besprochen. ‚Ich denke das ist dies und das – hast du diese Stelle schon gesehen‘ und so. Wir haben es **zusammen** gemacht. Das ist mein Körper, weißt du. Das ist meine Gesundheit. Ich bin mitverantwortlich und ich sage es dem ganz klar. Weil ich weiß ganz genau was abläuft hier [lacht]. Weil ich habe schlechte Erfahrungen. Wenn ich krank war die haben mir immer – manchmal vielleicht bei Fieber und so – und wenn ich dann immer gleich Antibiotika bekommen soll, dann sage ich ‚nee‘“ (Diamba 2003/7: 18).*

Er schenkt dem Urteil der Ärzte nur bedingt Vertrauen. Was für Diamba zählt, sind seine persönliche Einschätzung der Situation, seine individuellen Erfahrungen sowie das von seiner Tante vermittelte Gesundheitswissen über Heilpflanzen in Senegal.

Selbst bei schwereren Krankheiten und unter ärztlicher Aufsicht scheint er zu wissen, welche Belastungen er seiner Gesundheit, ohne das Risiko einer ernsthaften Schädigung einzugehen, zumuten kann. Diamba beschreibt, wie er nach einem Urlaubsaufenthalt in Senegal in Deutschland mit Malaria ins Krankenhaus eingeliefert werden musste:

„Aber – irgendwann mal war ich an einem Punkt und dann ‚Bumm‘. Ich hatte Malaria. Und dann war ich eine Woche da [im Krankenhaus; J. B.] und konnte dann wieder heim. (...) Ich wollte das nicht [Krankenhausaufenthalt; J. B.], aber der Arzt hat gesagt ‚oh, das sieht schlecht aus, das sieht schlecht aus‘. Aber nach einer Woche habe ich schon bei einer Schwester eine Zigarette geschnorrt [lacht]. ‚Aber du bist doch krank, du darfst nicht rauchen!‘ – kein Problem“ (Diamba 2003/7: 16).

Für Diamba ist es kein Widerspruch, dass er gesund sein möchte und während einer schweren Krankheit den Anweisungen des Arztes bzw. des medizinisch geschulten Personals zuwider handelt. Diamba ist bereits sehr früh unabhängig von anderen Menschen gewesen und verbindet mit dieser Unabhängigkeit das Gefühl ‚Wohlbefinden‘ (vgl. Diamba 2003/7: 5).

‚Sich wohlfühlen‘ spielt in seinem gesamten Leben eine zentrale Rolle und ist für ihn gleichbedeutend mit Gesundheit (vgl. Diamba 2003/7: 5; 19). Für ihn ist ein ganzheitliches Gleichgewicht wichtig, um sich wohl und gesund zu fühlen. Dazu gehört, dass er „alles“ machen kann: *„Also ich mache alles, ich habe Spaß, ich kiffe mit Freunden, und weiß nicht was – zwei Tage ohne Schlaf, aber generell würde ich sagen, eigentlich will ich gesund bleiben. Die Gesundheit die ich habe. Verstehst du was ich meine?“ (Diamba 2003/7: 11).* Seinen Alltag gestaltet er aus diesem Grund so lustvoll und positiv ausgefüllt wie möglich, und bezieht seine musikalischen Aktivitäten in alltägliche Handlungen mit ein. Sein Umgang mit der eigenen Gesundheit ist mit diesem kreativen Lebensstil eng verknüpft.

Auch bei den weiteren InterviewpartnerInnen ist die Tendenz festzustellen, dass sie ihr Gesundheitswissen ganzheitlich, also auch in alltäglichen Bereichen in Deutschland anwenden. In den folgenden Kapiteln werde ich aus den Aussagen der Interviewten extrahieren, welche wechselwirksamen Prozesse zwischen alltäglichen Ereignissen, Handlungen und ihrer eigenen gesundheitlichen Befindlichkeit stattfinden.

3.4 Die Dimensionen von Gesundheit im Alltag

Innerhalb des deutschen Alltags nimmt Gesundheit laut den Ausführungen der von mir befragten MigrantInnen aus afrikanischen Herkunftsländern auf unterschiedliche Weise Raum ein. Eine zentrale Unterscheidung, die aus den Interviews hervorgeht, wird hinsichtlich der Beeinflussungsmöglichkeiten von Gesundheit vorgenommen: Einerseits kann die Gesundheit selbst beeinflusst werden, andererseits fühlen sich die Befragten auch durch äußere Faktoren in ihrem Leben gesundheitlich beeinflusst. Ausgehend von diesen beiden unterschiedlichen Beeinflussungsebenen, der internen und der externen, lassen sich in den Vorstellungen der MigrantInnen vielschichtige Dimensionen ihres Gesundheitsverhaltens herauskristallisieren. In der skizzierten Darstellung dieser Dimensionen lässt sich zeigen, dass Gesundheit von den von mir befragten Personen nicht lediglich als Abwesenheit von Krankheit *oder* nur auf einer körperlichen Ebene wahrgenommen wird. Es handelt sich vielmehr um die Vorstellung von einer zumeist ganzheitlich, auf ‚psychischer‘⁵¹ und körperlicher Ebene verankerten Gesundheit, wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen.

3.4.1 Interne Ebene

Laut den subjektiven Vorstellungen meiner GesprächspartnerInnen kann Gesundheit individuell beeinflusst werden. Sie unterscheiden in den Gesprächen zwischen einer körperlichen und einer emotionalen Dimension. Die körperliche Dimension von Gesundheit ist ‚am eigenen Leib‘ wahrnehmbar und wird daher häufig als etwas Spür- und Sichtbares beschrieben: Ernährung, Sport und körperliche Hygiene können die eigene Gesundheit in der körperlichen Dimension erhalten und im Krankheitsfall wiederherstellen⁵². Dr. Dei-Anang bestätigt, dass Gesundheit durch das äußere Erscheinungsbild des Menschen diagnostizierbar ist:

⁵¹ Auch beim Begriff der ‚Psyche‘ handelt es sich letztlich um eine europäische Vorstellung von der ‚inneren‘ oder auch seelischen Beschaffenheit des Menschen und somit um ein Konstrukt, das keine zwangsläufige universelle Gültigkeit besitzt.

⁵² Fink stellt bei Untersuchungen der Gesundheitsvorstellungen bei den Dormaa in Ghana ebenfalls fest, dass die richtige Ernährung, damit zusammenhängend regelmäßiger Stuhlgang sowie persönliche Körperhygiene, mit körperlichem Wohlbefinden assoziiert wird (vgl. Fink 1990: 225).

„Man merkt schon vom Habitus her, der ist krank. Primavistadiagnose [Diagnose aufgrund der typischen, sichtbaren körperlich-seelischen Veränderungen, die durch bestimmte Krankheiten beim Patienten eintreten; J. B.]. Ja. Wir wissen zwar nicht was los ist, aber sie merken sofort: er ist krank. (...) Jemand geht zu dir: ‚Dir geht’s nicht gut.‘ Und da kann man schon wirklich distinguieren (...) Das Gesicht spiegelt ja den Zustand des Geistes wieder“ (Dei-Anang 2003/II: 10).

Nicht nur in der körperlichen Dimension kann Gesundheit sichtbar sein, auch die emotionale Befindlichkeit kann von Außen wahrgenommen werden. Die emotionale Dimension von Gesundheit wird von meinen GesprächspartnerInnen als etwas individuell Beeinflussbares beschrieben: ‚wie frau und man sich fühlt, so gesund ist sie oder er‘. Diese subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit spielt bei den von mir befragten Personen eine zentrale Rolle im Hinblick auf ihre psychische Befindlichkeit.

Sie praktizieren insbesondere in ihrem Alltag körperliches Gesundheitsverhalten und erleben emotionale Situationen, die sich individuell positiv oder negativ auf die Gesundheit auswirken können. Um welche Alltagshandlungen und Verhaltensweisen es sich dabei im Einzelnen handeln kann, wird im folgenden Kapitel 3.4.1.1 zunächst anhand der Aussagen über die allgemeine Vorstellung einer sichtbaren Dimension der Gesundheit dargestellt. Anschließend setzen sich meine InterviewpartnerInnen in Kapitel 3.4.1.2 über ihre Vorstellungen bezüglich einer ‚gesunden‘ Ernährungsweise und in Kapitel 3.4.1.3 über die gesundheitlichen Aspekte sportlicher Betätigung auseinander. Das abschließende Kapitel 3.4.1.4 verweist auf die Vorstellungen der von mir befragten MigrantInnen, von Gesundheit als einem emotionalen Gleichgewicht.

3.4.1.1 „A sound mind is found in a sound body“

In den Aussagen meiner GesprächspartnerInnen manifestiert sich Gesundheit körperlich. Diese Vorstellung bringt auch David mit oben zitiertem Sprichwort (vgl. David 2003/4:3) zum Ausdruck. In den Erzählungen wird häufig erwähnt, dass der eigene Gesundheitszustand nicht nur selbst fühlbar, sondern auch nach außen hin sichtbar ist (vgl. auch Fink 1990: 225): Menschen fühlen sich nicht nur gesund, sondern sehen auch dementsprechend aus. In diesem Zusammenhang fasst David Gesundheit folgendermaßen auf:

„Gesund heißt nicht... ist gleich ‚nicht gesund‘. Gesund können wir sagen - wenn die Person krank ist, dann ist sie nicht gesund. Das ist einmal. Aber wenn die Person nicht krank ist, kann es sein, dass sie auch nicht gesund ist. Da würde man Afrikaner sehen, oder zumindest in Ghana sehen, da ist jemand von dem man sagt: ‚Oh, der ist gesund‘ oder ‚der lebt gesund‘, zumindest körperlich“ (David 2003/4: 2).

Das körperliche Erscheinungsbild sagt demnach etwas über die Gesundheit der Person aus. Als sichtbare Zeichen für den Gesundheitszustand werden besonders häufig Hautfarbe und Körpergewicht genannt, die durch entsprechende körperliche Aktivitäten wie Ernährung, Sport und Körperhygiene verändert werden können. Gesundheit kann bewusst beeinflusst werden. Doch bleibt zunächst offen, worin *genau* die Gesundheit eines Menschen sichtbar wird. Einen körperlich gesunden Menschen erkennt man in Ghana laut David an der Figur und der Gesichtsfarbe:

„Der ist nicht so schlank wie hier, ist auch nicht dick. Nicht dick, sondern Mitte - mollig [lacht] (...) Bei uns [in Ghana; J. B.] sagt man ‚er hat ein bisschen zugenommen‘. Das ist positiv. (...) Bisschen mollig, mittel, das heißt für uns gesund. Ja, und von der Farbe auch. Man sieht auch, dass diejenigen, die nicht so gesund leben, oder zu hart arbeiten, sie machen zu viel in der Sonne. Und du kannst das jetzt auch schon sehen von der Farbe, ob die Person jetzt gesund lebt, oder nicht. (...) Unter zu viel Dauerstress, du wirst es auch einer Person ansehen. Das kommt eher im Gesicht zu sehen, dass es auch ein bisschen trocken ist und ganz dünn im Gesicht, das kann man auch sehen, ja“ (David 2003/4: 2f.).

Eine möglichst helle Farbe der Haut, ein entspannter Gesichtsausdruck und ein mittleres Körpergewicht sind seiner Meinung in Ghana primäre Indikatoren für den positiven gesundheitlichen Zustand des Menschen. David macht in seiner Aussage deutlich, dass es die Vorstellung von einem gesunden Idealgewicht *„bei uns“* in Ghana gibt. Gesundheit wird am Körper aufgrund der aufgestellten Idealnormen erkennbar. Auch Oko, ebenfalls Ghanaer, bestätigt, dass Gesundheit ein sichtbarer Zustand ist:

„Yaa, you see it from the face“ (Oko 2003/8: 6). Doch was spezifisch als ‚gesund‘ bezeichnet wird, ist von den zugrunde liegenden Vorstellungen abhängig und kann je nach Kontext variieren: Marie berichtet in diesem Zusammenhang, wie sie in ihrem Heimatland Burkina Faso als Kind aufgrund ihrer schlanken Figur gehänselt wurde. Hier in Deutschland hingegen entspricht ihr Körper nicht nur den idealen Vorstellungen eines gesunden Körpers, sondern erfüllt sogar ein Schönheitsideal. Sie erzählt, ebenso wie David von Ghana, dass in Burkina Faso fülligere Menschen als gesund bezeichnet werden:

*„Mhh, bei uns sie, meistens sind es mehr kräftige Leute. Und das war ein Problem in der Grundschule, ich war sehr sehr **dünn** und – ohh, das war schrecklich für mich [fähngt an zu kichern] (...) [lacht und imitiert Stimmen der imaginären MitschülerInnen] – ‚Ahh, Marie, du bist sehr dünn, hey und was ist los?‘ – ich dachte auch ich war krank, und ja, ich habe gar nicht zugenommen, dann gehe ich so heim ,warum bin ich soo **dünn**‘ und blablabla. Ja“ (Marie 2003/6: 6f.).*

Sie ist erleichtert darüber, wie sie mir lachend erzählt, dass ihre körperlichen Formen in Deutschland nun der Norm eines ‚gesunden‘ Erscheinungsbildes entsprechen und sie sich nicht mehr lediglich selbst gesund fühlt, sondern für Außenstehende auch gesund aussieht: *„Endlich sagt keiner mehr, ich muss zunehmen“* (ebd.: 6). Die gesellschaftlich festgelegten Idealnomen von Gesundheit in Deutschland scheinen zu denen in den afrikanischen Herkunftsländern diskrepant zu sein⁵³. Ebenso ist festzustellen, dass diese gesellschaftlichen Idealnomen auch nicht zwangsläufig den Vorstellungen des einzelnen Menschen entsprechen müssen. Letztlich hat sich beispielsweise Marie bereits in Burkina Faso ‚gesund‘ gefühlt, auch wenn ihr Erscheinungsbild nicht den Vorstellungen entsprochen hat.

Hinsichtlich der Vorstellungen von einem als ‚gesund‘ zu bezeichnendem Idealgewicht werden auch Ansichten zu gesunder Ernährung geäußert. Welches Essen aus welchem Grund gesund oder ungesund erscheint, wird im folgenden Kapitel näher erläutert.

⁵³ Hierzu muss ich anmerken, dass meine GesprächspartnerInnen oftmals zwischen ländlicher und städtischer Bevölkerung in ihren Herkunftsländern *und* in Deutschland unterschieden haben, wobei die Stadtbevölkerung als ‚aufgeklärt‘, ‚modern‘ und ‚fortschrittlich‘ und vor allem als ‚jung‘ bezeichnet und die ländliche Bevölkerung eher als ‚rückständig‘ und ‚provinziell‘, ‚überaltert‘ angesehen wurde. Die Diskrepanzen hinsichtlich der Idealvorstellungen von Gesundheit können daher nicht nur als unterschiedliche ‚kulturelle‘ Vorstellungen im Sinne von anderer Nationalität erklärt werden, sondern sind auch in historischen Prozessen und Generationenkonflikten begründet.

3.4.1.2 „Das hat einen anderen Geschmack“

Um körperlich gesund zu sein, ist laut meinen InterviewpartnerInnen eine bewusste Lebensweise wichtig. Dazu gehört auch die richtige Ernährung. Christine bemerkt diesbezüglich:

„Gesundheit ist nicht nur... irgendeine Krankheit nicht zu haben, sondern auch... ähm... was man isst und... (...) wo man lebt... und welche Beziehung man hat mit der Natur und so, das alles wirkt sich aus auf die Gesundheit. (...) Wie man körperlich... ähm, sich fühlt, oder ist. Ja [lacht]“ (Christine 2003/9: 5f.).

Auch Gérome stellt fest, *„Wenn ich nicht gesund bin, dann kann ich z. B. gar nichts essen (...) ich mache fast gar nichts“ (Gérome 2003/3: 7).* Gesund sein heißt demnach auch, Essen zu können und um gesund zu bleiben, muss gesund gegessen werden.

Eine gesunde Ernährung wird von den meisten von mir befragten MigrantInnen mit vertrauten Ess- und Kochgewohnheiten in ihren Herkunftsländern in Verbindung gebracht. Von diesem vertrauten Essen unterscheiden sie ‚ungewohntes‘ Essen, das oftmals als weniger schmackhaft oder sogar ‚ungesund‘ empfunden wird. David schildert seine anfänglichen Schwierigkeiten mit dem Essen in Deutschland:

„Ja, das Essen kam auch langsam, aber am Anfang gar nicht. Ich habe sogar am Anfang zu Hause [im Appartement des Studentenwohnheims; J. B.] gekocht [lacht], weil am Anfang habe ich es nicht geschafft zu essen“ (David 2003/4: 4).

David greift in den ersten Monaten in Deutschland auf die ihm bekannten Kochgerichte aus Ghana zurück und vermeidet es, an der Universität oder in deutschen Restaurants zu essen. In dieser Zeit, so beschreibt er mir, hat er besonders sein aus Ghana gewohntes Essverhalten als gesund empfunden. Heute jedoch, so schildert er lachend, isst er auch ‚ganz normale‘ deutsche Gerichte, weil er sich daran gewöhnt hat, und sie ihm schmecken (vgl. ebd.: 5f.). Gérome und Francine kochen *„ganz afrikanisch“ (Gérome 2003/3: 28).* Francine erzählt:

*„Ja wir kochen immer afrikanisch, anders kann ich überhaupt nicht kochen [lacht]. Ich kann das nicht [anders; J. B.] (...) Ja, wir können **alles** essen, aber nicht **alles kochen** (Francine 2003/3: 28).*

Aufgrund der mangelnden Kenntnisse über alternative Kochrezepte kochen sie die ihnen bekannten Gerichte. Hierbei wird auf das Vertraute zurückgegriffen, weil es weniger kompliziert erscheint, denn laut Gérome geht es beim Kochen hauptsächlich darum,

„ob du das Rezept kennst. Und wenn du kein Rezept kennst, dann kannst du keinen Kartoffelsalat [machen; J. B.]“ (Gérome 2003/3: 28).

Auch in vielen anderen der geführten Gespräche beziehen sich meine GesprächspartnerInnen auf vertraute Zubereitungsarten und Essgewohnheiten im Zusammenhang ihrer Gesundheit⁵⁴. Dabei ist auffällig, dass die heimatlichen Ess- und Kochgewohnheiten einerseits als gesund gelten, andererseits aber auch Kritik daran geübt wird. Diamba berichtet beispielsweise, dass ihm, wenn er im Urlaub in Senegal ist, vor allem das Essen gut bekommt. Diese vertraute Ernährung ist in seiner Vorstellung wichtig für seine Gesundheit: *„Das Essen [in Senegal; J. B.] macht mich gesund [lacht]. Hier ist es, ich esse soviel durcheinander hier [lacht noch mehr]“ (Diamba 2003/7: 6).* Vor allem *„Reis. Reis und viel Gemüse, weißt du, und Gewürz, diese würzige Soße“ (ebd.: 6)* sind in seinen Augen die ‚gesunden‘ Zutaten. Als Begründung nennt er jedoch nicht etwa den ‚gesunden‘ Vitamingehalt des Gemüses, wie es vielleicht zu erwarten wäre, sondern seine persönliche Gewohnheit: *„Ich weiß nicht – ja – mein Organismus, weißt du, der kennt das. Und - das tut mir einfach gut, weil ich kenne das, und das ist auch nicht schlecht. Gemüse, Reis, abends“ (ebd.: 6).* Gleichzeitig nimmt Diamba auch kritische Distanz zu den ‚üblichen‘ Kochgewohnheiten im Senegal:

„Ich sag’ dir, das Oil, bei denen [in Senegal; J. B.], Fett, da muss das Oil tropfen, wenn sie das dann sehen, dann sagen sie: ‚die haben das... die haben an nix gespart bei dem Essen‘. Und das ist falsch. Ja. Für mich. Ich habe es am Anfang auch gemacht, so ja, und das Öl tropfte [lacht] ja. Man hat ohne [noch keine; J. B.] Beschwerden, ja. Aber danach, als es mir bewusst war, was da auch passiert, dann habe ich gesagt ‚na ja‘“ (ebd.: 7).

Diambas persönliche Vorstellung von einer gesunden Ernährung ist somit einerseits von seinen Gewohnheiten aus Senegal geprägt, gleichzeitig weiß er jedoch, es ist *„nicht gut für dein Blut, das Herz (...). Der Körper verträgt nicht so viel Oil (...). Nicht so viel Fett, ja. Der baut das nicht ab“ (ebd.: 7).* Bereits in Senegal hat er sich von dieser ‚falschen‘ Gewohnheit getrennt und sich daran orientiert, wie seine Schwester und deren französischer Ehemann gekocht haben: *„und fettarm, das mache ich auch. Meine Cousine und der Franzose, die machen auch fettarm“ (ebd.: 7).*

⁵⁴ Lux schildert seine diesbezüglichen Erfahrungen im Umgang mit ‚gesunder Ernährung‘, bzw. Durchfall verursachender ‚schlechter Nahrung‘ in Malanville, Benin: *„Schlecht ist für den Dendi in erster Linie eine soziale und sozial pejorative Kategorie“ (Lux 1991: 198).* ‚Schlechtes Essen‘ wird laut Lux auch im Zusammenhang mit ‚Nahrung der Weißen‘ erwähnt. Der Begriff ‚schlecht‘ wird somit auch mit: *„sozial anders, ungewohnt“ (ebd.: 198)* assoziiert.

Diamba schildert insgesamt einen flexiblen Umgang mit seiner Ernährung. Beim Essen kommt es für ihn auf Ausgewogenheit an, die auch andere Lebensbereiche umfassen kann. Er kritisiert „verkrampfte“ (ebd.: 11) Lebensweisen und starre Regeln. Für ihn selbst ist es wichtig, „locker“ und „ausgeglichen“ (ebd.: 11) zu sein:

„Ja, das ist so wie – ausgleichen. Das ist nicht so leicht, ja. Weil das auch so ein bisschen Disziplin verlangt, ja, das nicht so einfach. Das ist schwierig. Manchmal lasse ich alle Regeln – ich habe keine Regeln, dann schlafe ich zwei Tage nicht, Essen? Egal! Der nächste Imbiss, der offen ist, ist recht, ja [fängt an zu lachen]. Locker auch so, ja. Ich verkrampfe mich nicht so, verstehst du“ (ebd.: 11).

Seinen Vorstellungen nach verkraftet sein Körper auch tendenziell ungesunde Lebensweisen und ungesundes Essen, solange es nicht zu einer dauerhaften Gewohnheit wird: „Aber das heißt nicht, dass du das erste Mal, wenn du einen Kaugummi mit Aspartam⁵⁵ und so isst, dass du vergiftet bist. (...) Einmal ist kein Mal“ (ebd.: 11). Diambas Vorstellungen von gesundem Essen sind einerseits davon beeinflusst, was ihm persönlich schmeckt und in welcher Situation er sich befindet. Er fühlt sich gesund, wenn er (meistens) gesund isst. Gesundes Essen hängt für ihn mit seinen Gewohnheiten (Zutaten, die ihm aus Senegal bekannt sind), seinem Geschmack und gleichzeitig mit seinem Allgemeinwissen um ‚gesunde‘ Ernährung zusammen.

Christine erzählt ebenfalls, dass das Essen großen Einfluss auf die eigene Gesundheit hat: „Wenn ich viel fettige Sachen esse, merke ich auch, dass ich nicht gesund bin“ (Christine 2003/9: 7). Ihre Vorstellungen von einer gesunden Ernährung sind vor allem durch die Kochgewohnheiten der eigenen Mutter geprägt. Sie ist einerseits von zu Hause daran gewöhnt, „mit viel Öl zu kochen. Wir kochen auch mit viel Öl, mit relativ viel Öl. Aber meine Mutter hat auch so Probleme mit so Fett und Öl – und sie hat immer gesagt ‚nein, etwas weniger davon‘“ (ebd.: 7). Andererseits betrachtet Christine, ebenso wie Diamba, die Essgewohnheiten des Heimatlandes differenziert und urteilt kritisch: „Ich mag schon Fleisch, also Kenianer sind verrückt nach Fleisch. Die essen nur Fleisch [lacht]“ (ebd.: 7) – gleichzeitig ist sie sich darüber bewußt, „dass es nicht so gesund ist, ja (...), zu viel Fleisch essen [lacht zaghaft]“ (ebd.: 6). Zu „viel fettige Sa-

⁵⁵ Aspartam ist ein gentechnisch hergestellter Zuckeraustauschstoff, der in vielen diätetischen und zuckerfreien Lebensmitteln enthalten ist (beispielsweise in Softdrinks und Kaugummis). Warnungen vor den angeblichen Gesundheitsrisiken durch die Einnahme des Wirkstoffs kursieren bereits seit einigen Jahren im Internet in Form von Kettenbrief-artigen Gerüchten. Angeblich soll Aspartam im Körper zu giftigen Substanzen abgebaut werden (vgl. Ziemann 2003).

chen“ und „zu viel Fleisch“ (ebd.: 7) bereiten ihr ein negatives Körpergefühl, weshalb sie darum bemüht ist, „ein gutes Diät zu machen“ (ebd.: 7). Eine gute Diät ist für Christine vor allem eine ausgewogene Küche. Sie probiert gerne viele verschiedene Gerichte aus und hält nicht nur daran fest, was sie bisher aus Kenia gewohnt war:

„Ohh, ich koche alles Mögliche [lacht]. Kenianisch, auch deutsches Essen – ich probiere auch... also ich koche gerne und ich probiere auch gerne andere Länder, weil ich habe Freunde von überall. Und wenn jemand etwas gutes kocht [ändert den Tonfall neugierig und erwartungsvoll] – dann schau ich mal. Dann probiere ich auch“ (ebd.: 6f.).

Ihre Vorstellungen von gesunder Ernährung sind eine Mischung aus den Vorstellungen ihrer Mutter, den Essgewohnheiten aus Kenia und ihrem persönlichen Empfinden. Ähnlich wie Diamba, scheinen ihr persönlicher Geschmack und ihre Vorlieben die primären Kriterien für gesundes Essen zu sein.

Gesundheit lässt sich demnach in den Vorstellungen meiner GesprächspartnerInnen durch gesunde Ernährung erhalten. Gesundes Essen hängt dabei mit Gewohnheiten, individuellem Geschmacksempfinden und Ausgewogenheit der Zutaten zusammen. Die Zubereitung der Gerichte aus den jeweiligen Herkunftsländern wird häufig als möglicherweise ‚ungesund‘ hinterfragt und modifiziert: Der gewohnte Geschmack des Essens bleibt erhalten, auch wenn beispielsweise weniger Fett und Fleisch verwendet werden.

Eine weitere Möglichkeit, die eigene Gesundheit in ihrer körperlichen Dimension zu erhalten, wird in sportlichen Aktivitäten erkannt. Diese Vorstellungen sind ebenso von allgemeinen Kenntnissen, wie von den persönlichen Vorlieben bestimmt, wie im anschließenden Kapitel geschildert wird.

3.4.1.3 „Also ohne Sport und Fußball, das wäre schrecklich“

Sport und viel Bewegung an der frischen Luft werden von den befragten MigrantInnen parallel zu gesunder Ernährung als wichtig für ihre Gesundheit genannt:

„Ja, was mache ich, damit ich gesund bin? Habe ich z. B. vorhin die Prävention von Gesundheit angesprochen, dass ich kein Fett esse, dass ich immer sauber bleibe, ... und z. B. diese... z. B. Sport machen. Ich weiß auch, wenn ich jetzt Sport mache, da bleibe ich ziemlich gesund“ (Gérôme 2003/3: 14).

Gérôme betont den prophylaktischen Charakter der körperlichen Aktivität: Mit Hilfe des Sports kann er gesund „bleiben“. Er handelt in diesem Sinn präventiv.

Ebenfalls, um gesund zu ‚bleiben‘ macht Sophie regelmäßig an der Universität Aerobic und Konditionsgymnastik (vgl. Sophie 2003/5: 26). Diamba geht zweimal in der Woche Schwimmen, in die Sauna und ist leidenschaftlicher Fußballspieler (vgl. Diamba 2003/7: 14). Christine spielt mindestens dreimal wöchentlich Basketball und geht Joggen. David und Gérome sind ebenfalls sportlich engagiert (vgl. David 2003/4: 3, Gérome 2003/3: 8). Die Regelmäßigkeit und vor allem die Freude an der sportlichen Betätigung werden in den Aussagen meiner InterviewpartnerInnen als gesund herausgestellt. Christine erzählt, dass sie sich weniger gesund fühlt, wenn sie weniger Basketball spielt und joggt: *„Wenn ich weniger Sport treibe, dann fühle ich mich... irgendwie fehlt was. Ich bin... ungesund“* (Christine 2003/9: 7). Sport wird nach Möglichkeit in den Alltag integriert, hat präventive und heilende Wirkung. Im akuten Krankheitsfall, so erzählt mir beispielsweise Francois, geht er *„erstmal“* (Francois 2003/1: 10) joggen und spielt Fußball. Bei körperlichen Beschwerden, wie Kopfweg oder allgemeinem Unwohlsein wirke sich Bewegung positiv auf seine Gesundheit aus:

„Damit geht meine Krankheit weg [lacht]. (...) Ich treibe erstmal Sport. Ich warte einen Tag. Ich treibe erstmal Sport, ich warte einen Tag. Wenn es noch immer schlimmer wird, treibe ich noch Sport. Wenn es schlimmer wird, entscheide ich jetzt zum Arzt zu gehen“ (ebd.: 10).

Er hat laut seinen Schilderungen *„immer Angst vorm Arzt“* (Francois 2003/1: 6), weshalb er Krankheiten, die er in einer körperlichen Dimension wahrnimmt, zunächst in der körperlichen Dimension zu behandeln versucht. In Francois’ Aussagen wird deutlich, dass er durch den Sport nicht nur seinen Körper kräftigt, sondern auch in seiner emotionalen Befindlichkeit gestärkt wird. Ähnliches schildert David:

„Also, für mich – deswegen mache ich es, wenn ich fit im Kopf und seelisch sein möchte, dann mache ich mehr Sport. (...) Aber was ich jetzt gesagt habe, ich würde es äußerlich sehen. Wenn ich jetzt fit sein möchte, gesund werden möchte, dann mache ich mehr Sport. Und dann kommt es auch innerlich“ (David 2003/4: 3).

Zwar findet Sport in einer körperlichen Dimension statt, wirkt sich jedoch auch auf die ‚innere‘ Befindlichkeit positiv aus. Die zitierten Passagen verdeutlichen, welche praktischen und alltäglichen Zusammenhänge in den Vorstellungen meiner GesprächspartnerInnen zwischen ihrer Körperlichkeit und der eigenen Gesundheit bestehen. Dabei geht es weniger um eine bestimmte Sportart, sondern um die individuelle Umsetzung der als gesund vorgestellten Aktivitäten. Die Dimensionen ‚körperliche‘ und ‚emotio-

nal-psychische' Gesundheit werden nicht voneinander getrennt, sondern sind ganzheitlich miteinander verbunden und können daher aktiv körperlich, wie auch emotional gesteuert werden. Im nächsten Kapitel wird erläutert, worin die von mir befragten Personen ihre Gesundheit emotional beeinflusst sehen, und wie sie ihre Gesundheit in dieser Dimension erhalten können.

3.4.1.4 „Ich würde sagen, das ist eine innere – Peace“

Maries Zitat (vgl. Marie 2003/6: 8) spricht eine emotionale Dimension ihres Gesundheitsempfindens an. Wenn sich Marie „wohl fühlt“ und „das Leben ist schön“ (ebd.: 8), erklärt sie mir enthusiastisch, dann fühlt sie sich gleichzeitig auch gesund. Dieser emotionale Zustand basiert allein auf ihren persönlichen Gefühlen und kann daher unabhängig von ihrer klinisch diagnostizierten Gesundheit sein. Anna spricht in diesem Zusammenhang über ihre Erfahrungen aus dem Krankenhausalltag und verweist auf den Widerspruch zwischen der jeweils gefühlten Gesundheit von PatientInnen und ihrem klinischen Gesundheitsbild:

*„Manchmal sind die Leute **gesund**. Aber wenn du die siehst, dann hast du den Eindruck, es **fehlt** irgendwas. Die sind, was die Parameter angeht, und die Labormerkmale, die Parameter und alles, was du machen kannst alles, sind die gesund, aber wenn du die Personen siehst... Es genügt manchmal nur, dass sie keine Familie haben, oder niemanden der da kommt um mit denen zu reden, oder so. Und dann ist man schon - da fehlt schon was. Und ... deswegen sage ich, dass ist wirklich so ein Gleichgewicht“ (Anna 2003/2: 4).*

In ihrer Aussage stellt sie einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen Emotionalität und einem intakten sozialen Umfeld, der Familie, her. Für sich persönlich definiert Anna Gesundheit darum als „Gleichgewicht – im Leben, privat, religiös und auch drumherum, mit Freunden, Menschen“ (ebd.: 3). Der Zustand dieses emotionalen Gleichgewichts schließt negative Gefühle aus: „Keine Trauer in deinem Leben zu haben, keine negativen Gedanken oder negative Nachrichten“ (ebd.: 4), führt laut Annas Vorstellungen nicht nur zu einem glücklichen Leben, sondern ist ein wichtiger Faktor ihrer Gesundheit.

Francine formuliert ihre Ansichten zu einem gesunden Leben in ähnlicher Weise. Ihre Gesundheit ist für sie mit dem Gedanken an Glück verbunden. Sie *„will einfach glücklich sein und so, ja. Das ist ganz wichtig“* (Francine 2003/3: 2).

Diamba findet bezüglich der emotionalen Dimension von Gesundheit einen anderen Begriff, den des Wohlbefindens: *„Für mich ist das, Gesundheit also – sehr wichtig. Wirklich. Mich wohlfühlen, weißt du“* (Diamba 2003/7: 6). Um sich wohlfühlen und somit gesund zu sein, versucht er auch in seinem Lebensalltag in Deutschland Dinge zu tun, die ihm *„Spaß“* (ebd.: 7) machen. Dabei ist es für ihn wichtig, einen angenehmen Austausch mit anderen Menschen zu haben. Als Musiker trifft er häufig gleichgesinnte, musikalische Menschen. Auf Konzerten und bei Festivals, schildert mir Diamba, erlebt er besonders häufig bereichernde zwischenmenschliche Kontaktsituationen: *„Ja, die Leute dort, weißt du. Der Spass mit den Leuten meistens, verstehst du. Ich habe sehr schöne Erfahrungen gemacht“* (Diamba 2003/7: 12). Bei musikalischen Veranstaltungen, die er aufgrund seiner beruflichen Beschäftigung häufig besucht, ist er mit Menschen zusammen, die er angenehm empfindet. Sein emotionales Wohlbefinden hängt mit seinen sozialen Kontakten zusammen.

Francois verwendet ebenfalls den Begriff des Wohlbefindens, der für ihn, ähnlich wie bei Diamba, mit der Vorstellung von einem intakten zwischenmenschlichen Umfeld verbunden ist. Francois erläutert mir, wodurch sein Wohlbefinden im Alltag aufrechterhalten wird: *„Wenn du keinen Stress hast, keine Probleme hast. Wenn in deinem Land alles gut geht, deiner Familie oder so. Das ist Wohlfühlen“* (Francois 2003/1: 16). Um sich wohlfühlen, braucht Francois den direkten Kontakt zu seinen Mitmenschen. Er bezieht sich dabei in seinen Erzählungen auf die Erfahrungen in seinem Herkunftsland, Kamerun:

„Weil die Leute helfen sich einander, reden können miteinander, es gibt keine Einsamkeit so wie hier. Weil hier ist jeder für sich. Bei uns ist das nicht so. Und die Leute fühlen sich sehr wohl. Das ist für mich wohlfühlen. Also, die Leute, die einander helfen“ (ebd.: 16).

In Deutschland begegnet er jedoch einer anderen sozialen Realität, die für ihn von Isolation und Individualismus geprägt ist und sich in seiner Vorstellung negativ auf seine Gesundheit auswirken kann:

„Jeder ist immer in seinem Zimmer oder so, und das ist nicht wie bei uns. Das ist nicht wie – bei uns brauchst du nicht viel zu laufen um sich zu sehen, viele Freunde und die Leute zu sehen, aber hier. Kann auch eine Ursache, einer Krankheit sein. Stress, Einsamkeit“ (ebd.: 7).

Parallel zur Einsamkeit, unter der er sehr leidet, erlebt er Stress als negative Beeinflussung seiner Gesundheit. Bedingt „durch viel Lernen, viele Probleme“ (vgl. ebd.: 7) fühlt er sich nicht wohl, und erlebt dies auch in einer körperlichen Dimension: „kann ich Kopfschmerzen haben“ (ebd.: 7). Die emotionale Dimension von Gesundheit ist in seiner Vorstellung demnach nicht von seinem körperlichen Erleben getrennt zu betrachten. Anna spricht von einer besonderen „Kraft“, um gesund zu werden:

*„Aber die Kraft... das auch positiv zu nehmen und zu sagen: ‚O. k. ich werde jetzt gesund‘, liegt an dir selber. Und wenn die Leute drumherum versuchen, dich zu heilen, wenn du selber dabei, einfach so diese ganzen... nicht mehr so viel Kraft hast, dann kannst du das auch nicht. So schnell wieder fit werden. (...) Hier, wenn du alleine bist, und dieses ganze drumerherum... niemanden hast, dann ist das auch schwierig. Und zu Hause ... zu Hause ist die, eh, hier ist das, du bist oft hier allein, und in eh, Afrika ... also zu Hause in meinem Land, und in Afrika sowieso, du bist oft **nicht** allein [lacht laut]. Es gibt wirklich - du hast **immer** jemanden um dich herum. Entweder eine Freundin, oder einen Cousin, oder - die Familie ist so groß, du hast immer manchmal den Eindruck, du bist **nie** allein. (...) Das ist sehr wichtig, wenn gerade Leute krank sind oder irgendwas nicht stimmt. Das ist sehr wichtig. Dass du die Leute drumherum hast und nicht allein bist mit deinen schlechten Gedanken. Und deswegen glaube ich, dass hier, hier bei Afrikanern wenn die krank sind, reden sie zuerst mit den Freunden darüber, und dann gehen sie zum Arzt“ (Anna 2003/2: 10).*

Einerseits ist es Anna zu Folge die persönliche Leistung der Person selbst, die „Kraft“, gesund zu werden aufzubringen, andererseits bezieht sich Anna ebenso wie Diamba und Francois auf eine soziale Komponente, die wichtig für den Genesungsprozess ist. In den Vorstellungen von Francois und Anna sind negative Gefühle, wie sie durch Einsamkeit und Stress verursacht werden können, mögliche Ursachen für körperliche Erkrankungen. Gesundheit manifestiert sich in ihren Vorstellungen in einer emotionalen und in einer körperlichen Dimension, die sich wechselseitig beeinflussen und in unterschiedlichem Maß kontrolliert werden können.

Oko unterscheidet die beiden Dimensionen abhängig von den Situationen, in denen die Beschwerden bei ihm auftreten: „You see, sometimes from the body, sometimes it is also feeling. O. k. I think this two moves together [lacht]“ (Oko 2003/8: 7). Prinzipiell sind für ihn körperliche und emotionale Gesundheit jedoch miteinander verknüpft. Er be-

schreibt seinen eigenen emotionalen Zustand während einer langwierigen Rückenerkrankung folgendermaßen:

“Me, for example. When I got sick, the face was – I don’t smile, you see, the face was very bad. And I was not happy. So ... and if I wouldn’t tell that I am sick, you wouldn’t see, unless you are very careful you could see it from the walking” (ebd.: 7).

Auch wenn Okos Erkrankung außer seinen körperlichen Bewegungseinschränkung nicht sichtbar war, so wurde sein emotionales Unwohlsein nach außen hin dennoch als Zeichen seiner Erkrankung sichtbar, wie er in unserem Gespräch verdeutlicht. Diesbezüglich spricht Oke davon, dass ungesunde Menschen *„not happy within“* (ebd.: 7) seien und weniger lachen und lächeln würden: *„For example, if I have pain, the face is changed, I don’t smile [lacht]. Just like the people here, they don’t smile, they are all sick [lacht gemeinsam mit seiner Frau Ingrid]“* (ebd.: 6).

Sophie hingegen trifft für sich persönlich eine schärfere Unterscheidung der beiden Gesundheitsdimensionen: *„Wenn ich sage ‚ich fühle mich nicht gut‘, das ist mehr seelisch, als Krankheit. Körperlich kann ich immer zum Arzt gehen. Aber die Seele, das ist wichtiger als körperlich, ja“* (Sophie 2003/5: 18). Ihre Unterscheidung zwischen körperlicher und seelischer Gesundheit bedeutet jedoch nicht, dass sich die beiden Dimensionen nicht gegenseitig beeinflussen könnten. Sophie schildert, dass sich ihre alltäglichen Gefühle auch körperlich auswirken können:

„Gesund für mich, ich, ähh, ich habe Kopfschmerzen und wenn ich sage, wenn ich anfangs ‚ich fühle mich nicht gut‘, das ist mehr, also seelisch. Ich habe z. B. Heimweh oder Stress mit meinem Freund oder so. Oder jemand hat mich genervt, und, ja, so was ja“ (ebd.: 18).

Als Ursache für Kopfschmerzen bezeichnet Sophie *„Heimweh oder Stress“*. Anna nimmt einen ähnlichen Zusammenhang zwischen Kopfschmerzen und ihren Gefühlen an und versucht daher, wenn sie traurig ist, sich emotional positiv zu beeinflussen:

„Wenn ich lächle, bin ich nicht krank, habe ich keine Kopfschmerzen, das habe ich bemerkt. Wenn ich sehr traurig bin, kriege ich sofort Kopfschmerzen, ja. (...) Deswegen versuche ich immer sehr ... immer gute Laune zu haben. Immer. Die ganze Zeit gut gelaunt [lacht]. Und viel Lächeln. Ich finde das o. k.“ (Marie 2003/6: 19).

Sophie berichtet ebenfalls davon, dass sie ihre Befindlichkeit bewusst beeinflussen kann, indem sie ihre Probleme besonders in ihrem Alltag zurückstellt und *„gute Laune“* hat:

„Ja, ich kann das selbst beeinflussen. Z. B. ich arbeite am Flughafen, wo ich immer nett zu den Leuten sein muss. Und ich weiß, ich muss auf die Arbeit nicht meine Probleme, also mitbringe. Und dann, aber weil ich in diesem Flughafen arbeite, kann ich das so beeinflussen, dass ich immer lache. Und dann habe ich z. B. eine doppelte Persönlichkeit. Drinnen habe ich Probleme, ich versuche das zu verstecken und außen muss ich zu den Leuten lachen, oder zu den Leuten freundlich sein. Das kann ich gut also meistern. Ja, von mir das ist nicht schwer zu meistern. (...) Ich habe manchmal viele Probleme, aber ich lache. Die Leute manchmal, meine Kollegen verstehen das nicht. Ich lache, ich bin auf der Arbeit – ich bin fröhlich. Aber auf einmal, wenn ich zu Hause bin, das kommt also raus“ (Sophie 2003/5: 18).

In ihren Schilderungen wird deutlich, dass sie die emotionale Dimension ihrer Gesundheit sehr stark kontrollierbar erlebt und, wie sie mehrfach energisch betont, auch Belastungen sehr gut „meistern“ (ebd.: 18) kann. Sie führt diese Fähigkeit auf ihre „doppelte Persönlichkeit“ (ebd.: 18) zurück. Darunter versteht sie ihre individuelle Einstellung, dass sie ihre inneren Gefühle der Situation entsprechend kontrollieren kann und somit ihre Gesundheit aktiv beeinflusst.

Anna spricht ebenso davon, auch unter Stress emotional gelassen zu bleiben und ihr gesundes Gleichgewicht zu bewahren, sogar „wenn der Chefarzt dich anschreit oder so“ (Anna 2003/2: 21). Sie hingegen glaubt, dass sich ihre Gelassenheit im Alltag auf ihre „afrikanische“ (ebd.: 21) Identität zurückführen lässt:

„Und wir Afrikaner sind nicht so. Wir nehmen manchmal auch die Leute einfach - nicht dass wir faul sind, aber dass wir - o. k. wir sehen nicht die Bedeutung, sich da wirklich groß - wir arbeiten, aber das muss nicht alles sein. Also Arbeit ist nicht für uns [AfrikanerInnen; J. B.] an erster Stelle“ (ebd.: 21).

Die Arbeit ist ihr persönlich zwar wichtig, aber an erster Stelle steht ihr emotionales Wohlbefinden. Daher lässt sich Anna laut ihren Aussagen auch im hektischen Alltag nicht aus der Ruhe bringen. Sie generalisiert ihre persönliche Umgangsweise mit Stress und Belastungen als ‚afrikanisch‘.

Gérome und Francine erzählen zwar ebenfalls davon, dass bestimmte emotionale Fähigkeiten in ihrem Alltagsleben wichtig sind, um gesund zu bleiben, sie führen sie jedoch auf ihre familiäre Erziehung zurück. Dazu zählen sie vor allem solche Gefühle und moralischen Werte, die ihnen als Kinder beigebracht wurden: Francine spricht in diesem Zusammenhang von „Freundlichkeit“ (Francine 2003/3: 11) und Gérome bezieht sich auf „geduldig sein“ (Gérome 2003/3: 11), was er bereits von seinen Eltern gelernt ha-

be. Mit der nötigen Geduld könne er seine Emotionen auch in angespannten Momenten als Erwachsener in Deutschland kontrollieren:

„Sehr wichtig, das ist sehr wichtig, geduldig zu sein und immer auch positiv zu denken. Weil manchmal gibt es Sachen ... wie kann ich es sagen ... es gibt Sachen und manchmal es nervt, und wenn du deine Kontrolle verlierst, dann kann etwas passieren“ (Gérome 2003/3: 11f.).

Als besonders eindringliche Beispiele nennt Gérome zwei Erlebnisse, in denen er als Ausländer in der Öffentlichkeit diskriminiert wurde. Er schildert seine Reaktion in einem der Fälle:

„Ich sage ‚häh‘, ich war sehr schockiert, mir war das sehr peinlich und ich habe gar nichts gesagt, sondern bin einfach raus gegangen. Ich habe gewartet, ob sie mich vielleicht noch mal angreift, aber sie hat gar nix gemacht. Sie ist raus gegangen. Aber in diesen Sachen deine Kontrolle zu verlieren, da kann etwas passieren“ (ebd.: 12).

Da er seine Gefühle kontrolliert, sich geduldig und höflich verhält, entschärft Gérome die Gesamtsituation und kann eine Eskalation verhindern. In seiner Vorstellung haben die diskriminierenden verbalen Übergriffe im deutschen Migrationsalltag zwar keine direkte negative gesundheitliche Wirkung zur Folge: *„Ich bin sauer, aber das trifft nicht meine Gesundheit. Das tut weh, das tut weh, aber das gefährdet meine Gesundheit nicht“ (ebd.: 12)*, aber sie verursachen emotionalen Stress. An anderer Stelle des Interviews bezeichnen Gérome und Francine Stress jedoch als Krankheitsursache: *„Man muss keinen Stress haben“ (Francine 2003/3: 14)*, um nicht zu erkranken und Stress wird laut Gérome durch Streit verursacht: *„Streit auch [lacht] deswegen kommt Stress“ (ebd.: 14).*

Aus den Aussagen meiner GesprächspartnerInnen schließe ich zusammenfassend, dass Gesundheit in einer emotionalen Dimension individuell unterschiedlich gewichtet wird, jedoch bestimmte Gemeinsamkeiten überindividuell aufweist. Es handelt sich um ein emotionales „Gleichgewicht“ (Anna 2003/2: 3), das durch „Wohlfühlen“ (Francois 2003/1: 16, vgl. Diamba 2003/7: 6) hergestellt werden kann und mit einer intakten sozialen Umwelt zusammenhängt. Diese emotionale „Kraft“ (Anna 2003/2: 10) stärkt die eigene Gesundheit und ist für die erfolgreiche Bewältigung des Migrationsalltags in Deutschland hilfreich. Isolation, Einsamkeit und diskriminierende verbale Angriffe werden von den von mir befragten MigrantInnen als Situationen geschildert, in denen sie auf positive Gefühle zurückgreifen, um ihr emotionales Gleichgewicht zu erhalten.

Diese Gefühle wirken sich zwar hauptsächlich wieder auf die emotionale Dimension von Gesundheit aus, können aber auch körperlich erlebt werden: Ihre körperliche Befindlichkeit und die emotionale Verfassung bedingen Gesundheit in einem Wechselspiel. Diese ganzheitlichen Gesundheitsvorstellungen meiner InterviewpartnerInnen und ihre Schilderungen, inwiefern sie ihre Gesundheit selbst als kontrollierbar erleben, verweisen auf die salutogenetische Konzeption des Kohärenzgefühls (vgl. Kapitel 2.3 der Arbeit): die unmittelbare Lebensumwelt wird als versteh- und handhabbar in die eigenen Vorstellungen eingeordnet und der Wunsch, diese Lebensumwelt zu beeinflussen wird in den geschilderten Handlungen deutlich.

Die persönlichen Fähigkeiten der befragten MigrantInnen aus afrikanischen Herkunftsländern werden nicht in einem ‚kulturellen‘ Kontext vorgestellt (außer Anna, die sich auf eine „afrikanische“ Gelassenheit bezieht, vgl. Anna 2003/2: 21), sondern werden von den Eltern, oder engen Verwandten an die Kinder vermittelt und im Erwachsenenalter individuell umgesetzt. In Form von regelmäßigen Handlungen, sportlichen Aktivitäten, gesunder Ernährung sowie konfliktfreien sozialen Bindungen erhalten sich die befragten Personen ihre Gesundheit. In ihren Vorstellungen wirken sich diese Handlungen auch präventiv aus. Die Konsultation von medizinischen Professionellen wird nur im Krankheitsfall, abhängig vom Schweregrad der Krankheit, als notwendig bezeichnet. Auf interner Ebene erscheint die Gesundheit der von mir befragten Personen somit als sehr bewusst kontrollierbar. Im Gegensatz dazu werden externe Einflüsse der Umwelt auf die Gesundheit als schwieriger beeinflussbar wahrgenommen, wie das nächste Kapitel zeigt.

3.4.2 Externe Ebene

Parallel zu den geschilderten Dimensionen von Gesundheit, die von meinen InformantInnen als subjektiv beeinflussbar wahrgenommen werden, können sich auch externe Einflüsse positiv oder negativ auf die eigene Gesundheit auswirken. In den Interviews wird deutlich, dass die von mir befragten Personen komplexe Überlegungen darüber anstellen, welche Einflüsse von Außen auf ihre eigene Gesundheit wirken und wie ihre Gesundheit zu schützen ist oder wodurch sie gefährdet wird. Sie thematisieren nicht nur gesundheitliche Risiken und Belastungen, sondern berichten auch von positiven äußeren

Einflüssen. Die externen Einflussbereiche auf die Gesundheit der MigrantInnen sind nach Faktoren der unmittelbaren ökologischen Umwelt (Einfluss von Natur und Wetter), der strukturellen Organisation des Migrationsalltags (Studium bzw. Arbeitsleben und der Aspekt der Krankenversicherung), sowie der Einflussnahme göttlicher und spiritueller Kräfte untergliedert. In welcher Weise diese Faktoren für die eigene Gesundheit negativ oder positiv erlebt werden, erläutere ich in den folgenden Kapiteln.

3.4.2.1 „I feel healthy when I see...**green**. Nature“

Die Natur ist in Okos Vorstellung ein wichtiger Aspekt für seine gesundheitliche Befindlichkeit, wie er in unserem Interview hervorhebt (vgl. Oko 2003/8: 17): In seinen biographischen Erfahrungen kommt der Natur, in Bezug auf Fragen der Gesundheit, eine herausragende Bedeutung zu. Gemeinsam mit seiner deutschen Frau Ingrid lebt er in Deutschland in einem ländlicheren Vorort, weil er diese natürliche Umgebung für sich persönlich als gesund empfindet. Nachmittags geht er regelmäßig spazieren, genießt die Stille des Waldes, der Felder und die klare Luft, in der er frei atmen kann: „For me, health... is... if I am able to... walk..., to breath... to breath... no pain... if the sun is there, bright... oh than [fängt an freudig zu lachen]“ (ebd.: 23). In unserem Gespräch berichtet er mir, dass er bereits in seinem Heimatland Ghana lieber in ländlichen Gebieten und in Dörfern lebte, da er sich dort ‚gesünder‘ gefühlt habe. Er begründet dies mit den gesamten Lebensbedingungen und der Sauberkeit der Luft:

“But it’s still very nice, to stay in the villages - for me [lacht]. I like it [lacht]. It’s very interesting, it’s healthy [lacht]. (...) The villages, the streets are clean, everywhere is green, still green, hunters are coming with meat, bush-meat. (...) You get fresh what you eat, ya [lacht]. Fresh food to eat, everything is fresh. Straight from the farm. And it is... you see, it is different from... Accra from the market. Because they bring the food from here to Accra and then you go to the market Makola to buy it where it is sometimes one week, two weeks. You see it is, when I am in the village, I feel – more healthy. I am sick any time I come to Accra. (...). Sometimes it makes – a block [zeigt auf seine Nase]. And I don’t feel fine. The air. Anytime I don’t feel fine, when I come to Accra, so by the time I return ... that day I [stottert] was sick. Because I didn’t feel fine. Until the next day” (ebd.: 10).

Als wichtige Aspekte eines naturverbundenen Lebens, welches sich gesundheitsförderlich auswirkt, nennt er „saubere Luft“ und „frisches, sauberes Essen“. Die Erwähnung des Essens deutet erneut auf die Chance hin, sich selbständig gesund zu erhalten, was

jedoch nur in einer entsprechenden Umwelt möglich erscheint. David schildert den Zusammenhang zwischen Gesundheit und ökologischer Umwelt:

„Bei uns [in Ghana; J. B.] ist es so, dass wenn die Umgebung nicht sauber ist, dann kommen auch die Keime und die Bakterien oder so, und dadurch, weil die Kinder ja draußen spielen, sie nehmen Sachen in ihren Mund und dann würden diese Sachen Probleme machen, man wird krank. Und das heißt, man legt Wert drauf, dass es sauber in der Umgebung ist. Oder diese Mosquitos, und so weiter. Sie verstecken sich auch in diesem stehenden Wasser. Deswegen wird auch das Wort Sauberkeit kommen. Wenn jemand gesundheitsbewusst ist, wird er auch versuchen, dass seine Umgebung und so sauber ist“ (David 2003/4: 1f.).

In Davids Worten wird deutlich, dass die Kontrolle negativer Umwelteinflüsse nur schwer direkt zu beeinflussen ist. Ein Kontakt mit schädlichen „*Keimen und Bakterien*“ ist in seiner Vorstellung unmittelbar mit Erkrankung verbunden. Er glaubt, dass er sich nur indirekt davor schützen kann, indem der Kontakt mit krankmachenden Faktoren nach Möglichkeit verhindert wird. Hygienische Maßnahmen sind aus diesem Grund als Prävention von Krankheiten von zentraler Bedeutung.

Diamba nimmt seine Gesundheit ebenfalls in einem engen Zusammenhang zur Natur und Umwelt wahr. Krankheitsbeschwerden führt er in vielen Fällen auf äußere Umweltfaktoren zurück: *„Das ist oft Dreck. Dreck, ja (Diamba 2003/7: 18).* Um diesem „Dreck“ der Großstadt Dakars zu entkommen, zieht Diamba bereits als Jugendlicher zu seiner Schwester auf die Insel Gorée: *„Und wie ich auch gesagt habe ‚nee, in der Stadt - ich kann hier nicht leben‘. Und zum Glück für meine Gesundheit habe ich gesagt, ich gehe nach Gorée. Ja“ (ebd.: 15).* Doch es ist nicht ausschließlich die verschmutzte Umwelt, die sich in den Vorstellungen der MigrantInnen negativ auf die eigene Befindlichkeit auswirkt, sondern es *„gibt’s auch natürliche Schnupfen, z. B. Blumendüfte, Allergien – das ist alles von natürlichen Sachen. Die Chemie ist nicht nur der einzige Grund. Es gibt auch natürliche Gründe“ (ebd.: 18).*

Als ‚natürlicher Grund‘ der sich negativ auf die eigene Befindlichkeit auswirkt, wird von den befragten MigrantInnen beispielsweise das deutsche Wetter thematisiert. Auf die in diesem Zusammenhang geschilderten Schwierigkeiten gehe ich im nächsten Kapitel ein.

3.4.2.2 „Außer dem Wetter ist es gut“

Über das Wetter wird nicht nur in alltäglichen Unterhaltungen gerne gesprochen, es ist auch in Bezug auf das Thema Gesundheit von Bedeutung. Das deutsche Wetter, insbesondere die Kälte im Winter, wird von den von mir befragten MigrantInnen als äußere Beeinflussung der eigenen Befindlichkeit wahrgenommen und verursacht neben einem körperlichen Unwohlsein auch gesundheitliche Beschwerden, beispielsweise Erkältungen, Kopfschmerzen und Hautprobleme.

Francois erzählt mir, dass sich seine Gesundheit in Deutschland nicht grundlegend verändert habe: *„das ist fast gleich“* (Francois 2003/1: 15). Besonders im Winter leidet er jedoch unter dem Wetter und wird krank:

„Nur vielleicht wegen dem Wetter ist etwas, außer dem Wetter ist es gut [lacht]. Außer vielleicht irgendeine Krankheit vom Wetter, eh, von diesem Winter vielleicht. Außer dieser Krankheiten habe ich sonst keine anderen Krankheiten [lacht]“ (ebd.: 15).

Christine schildert mir ebenfalls, dass sie, seitdem sie von Kenia nach Deutschland gekommen ist, keine gesundheitliche Veränderung feststellen konnte. Vor allem in der Anfangszeit in Deutschland hat sich jedoch das Wetter, wie sie fast beiläufig erwähnt, negativ auf ihr Wohlbefinden ausgewirkt:

„Also, ich habe keine Probleme gehabt, ja, ein bisschen hatte ich, ja, Erkältung und so [lacht]. Aber das ist normal. Sonst nichts, nee, bis auf das Wetter [lacht wieder]... war alles o. k. bei mir. (...) Ja, aber mir war immer kalt, ich habe immer so hundert Pullover angehabt [lacht]. Und, meine Au Pair Mutter hat immer so rumgelaufen mit einem T-Shirt und ich so: Uhh! [macht ein Geräusch, als ob sie sich erschrickt]. Sonst – ja, also es hat mir nicht gefallen. Es war kalt und so [lacht]“ (Christine 2003/9: 4).

Christine versucht, sich gegen die Kälte zu schützen und somit die potentiell gesundheitsschädigende Wirkung des Wetters zu kontrollieren. Die Sozialarbeiterin Frau Wangare-Greiner spricht in diesem Zusammenhang von einem „*Körperschock*“, den manche MigrantInnen in Deutschland erleiden und macht mich in unserem Interview darauf aufmerksam, dass es für viele afrikanische MigrantInnen unter Umständen nicht selbstverständlich ist, sich im Lebensalltag angemessen gegen die kalten Temperaturen schützen zu können:

„Wenn z. B. die Wohnung nicht gut ist, nicht gut geheizt, oder nicht renoviert, und die Heizung funktioniert nicht und du bist nicht gut angezogen, weil du diese Kälte auch nicht gewöhnt bist. Und die Gewohnheit, die wir haben, ist eine andere. Wir lassen es, ganz viele Sachen anzuziehen. Und das ist auch ein Körperschock. Wenn jemand nie Winter gehabt hat und trotzdem gehst du in kalte Länder, dann braucht der Körper sehr viele Jahre, bis er sich integriert mit diesem Klima. Ich habe das bis jetzt noch nicht“ (Wangare-Greiner 2003/I: 7).

Frau Wangare-Greiner unterstreicht in ihrer Aussage, dass der externe gesundheitliche Einfluss der vergleichsweise kalten Temperaturen nur bedingt durch bestimmte Vorkehrungen, entsprechende Kleidung und Heizen der Wohnung, kontrollierbar ist. Wenn jedoch die finanziellen oder strukturellen Mittel fehlen, sind die negativen gesundheitlichen Auswirkungen nicht zu vermeiden.

Marie berichtet mir, dass sie besonders im Winter auf Grund der Kälte unter starken Kopfschmerzen leide, obwohl sie in ihrem Wohnzimmer gut heizen könne (vgl. Marie 2003/6: 8). Gérome berichtet, dass er gesundheitliche Probleme im Winter in Deutschland mit seiner Haut bekomme:

„Ich habe z. B. ein großes Problem mit meiner Haut. Z. B. wenn es Winter ist, und meine Haut juckt. Weil bei mir [Gabun; J. B.] ist es ganz warm. Und manchmal habe ich das gemacht, weil manchmal gehe ich zum Hautarzt. Da höre ich mal: ‚eeh, das ist normal, da musst du mal in die Sauna gehen, weil bei euch ist es ganz warm und hier ist es ganz kalt. Und deswegen hast du immer Probleme. Deswegen juckt das, deine Haut.‘ Viele Leute sind, die z. B. aus Afrika und auch aus Südamerika kommen, die haben dasselbe Problem“ (Gérome 2003/3: 8).

Der negativen Wirkung der Kälte auf seine Haut kann Gérome nur indirekt entgegenwirken, indem er sich bei den auftretenden Krankheitssymptomen behandeln lässt. Bezüglich präventiver Maßnahmen verweist sein Hautarzt auf Saunabesuche. Die dortige Hitze entspräche den Wetterbedingungen seines Herkunftslandes Gabun und würde sich positiv auswirken.

Die durch das Wetter verursachte negative Beeinträchtigung der Befindlichkeit, beispielsweise Erkältungskrankheiten und Kopfschmerzen, werden von den von mir befragten Personen eher beiläufig und teilweise sogar belustigt erwähnt. Dennoch wird das Unwohlsein aufgrund des Wetters immer wieder angesprochen. Es scheint ein entscheidender Faktor der Wahrnehmung der gesamten Situation des deutschen Migrationstages zu sein, wie Okos Aussage verdeutlicht:

“Because you see, what I hate here, mostly it’s the weather. It always makes me ...I don’t feel fine, but I am sick ,I’m not sick, but I am not healthy. Because of the weather. These days [sieht aus dem Fenster heraus und die Sonne scheint] it is o. k. These days it is o. k.“ (Oko 2003/8: 23).

Dr. Dei-Anang bekräftigt Okos Vorstellung, dass er sich durch das Wetter negativ beeinflusst fühlt. Er verdeutlicht, dass die in Deutschland angetroffenen „*Witterungsabnormitäten*“ (Dei-Anang 2003/II: 2) in Kombination mit strukturellen Barrieren zum öffentlichen Gesundheitswesen auch schwerwiegendere gesundheitliche Folgen für die afrikanischen MigrantInnen haben können:

„Wenn einer ‚grippalen Infekt‘ hat, dann übersteht man das nach 14 Tagen bei adäquater Behandlung. Ist er aber migriert und – und sucht Asyl, dann darf er sich den Behörden nicht exponieren und da geht der nicht zum Arzt. Und aus der Grippe wird Pneumonie [Lungenentzündung; J. B.]. Und so kann/können banale Krankheiten eskalieren in bestimmte Potenzen, die man normalerweise sonst gar nicht erwartet“ (Dei-Anang 2003/II: 3).

Mit seinem Beispiel weist Dr. Dei-Anang ebenso wie Wangare-Greiner darauf hin, dass es auch Faktoren der sozialen Lage sind, die die Gesundheit der MigrantInnen in ihrem Alltag beeinflussen. Neben den kalten Temperaturen, die in den meisten Fällen als unangenehm, bzw. sogar als krankheitsverursachend empfunden werden und an die man sich lediglich ‚gewöhnen‘ kann, zählen auch strukturelle Aspekte zur externen Beeinflussung der Gesundheit, die nur schwer vom Individuum kontrolliert werden können. Diese Aspekte bilden die Schwerpunkte des nun anschließenden Kapitels.

3.4.2.3 „Generell, das Studium. Es ist echt anders als bei uns“

Mit ihrer Aussage bezieht sich Marie (vgl. Marie 2003/6: 7) auf die strukturellen Unterschiede des universitären Systems zwischen ihrem Heimatland Burkina Faso und Deutschland. Sie schildert mir, ebenso wie die anderen von mir befragten StudentInnen, dass die Organisation des Studiums in Deutschland sehr kompliziert sei. In ihren Vorstellungen führt dies indirekt zu gesundheitlichen Belastungen.

Obwohl sie bereits in Burkina Faso Grundkenntnisse der deutschen Sprache erlernt habe, konnte sie die Studienplanung und –Organisation kaum bewältigen. So könne sie in Deutschland ihre Fächerkombinationen zwar frei wählen, was ihr anfangs ein sehr ei-

genständiges und freies Gefühl gab, jedoch habe sich eben dieses als trügerisch herausgestellt:

*„Generell, das Studium. Es ist echt anders, als bei uns. Das ist pro Jahr und hier ist das zwei Semester und man kann auch die Fächer wählen. Und äh, ich denke, am Anfang ich war ein bisschen faul, ja. Ich habe mich so – so frei gefühlt. Ich habe gedacht ich kann wählen, fast alles was ich will blablabla und bei uns das ist pro Jahr. Jedes Jahr sollen in etwa zwei wichtige Klausuren schreiben und hier, das ist keine Pflicht, ich weiß nicht. Ja, und, ja – das hat mir sehr gefallen. Aber ich war am Anfang sehr faul [lächelt]. ,Oh, ich habe **Zeit** ich hab’ Zeit, ich hab’ Zeit‘“ (Marie 2003/6: 7).*

Die von ihr mit Freiheit und Faulheit assoziierte Anfangszeit ist nun vorbei: Marie steht verstärkt unter universitärem Leistungsdruck. Sie erzählt, dass sie sich besonders vor einem Jahr aufgrund des Studiums unter Stress gesetzt gefühlt hat: *„Ich hatte soviel Stress an der Uni. (...) Das war so schwer, muss ich sagen. Ich hab’ keinen Bock mehr“ (Marie 2003/6: 8).* Stress wird von ihr mit dem Gefühl des Unwohlseins verbunden. Wenn sie Stress habe, berichtet sie,

„das ist furchtbar, ja. So was hatte ich wenn ich eine Hausarbeit schreibe. Ich denke, ich habe ein bisschen abgenommen, daran merkt man das [lacht auf]. Ich denke immer ,ich muss es schaffen, ich muss es schaffen‘“ (ebd.: 8).

Neben dem von ihr erwähnten Gewichtsverlust haben sich die organisatorischen Schwierigkeiten des Studiums gesundheitlich insofern bemerkbar gemacht, als sie *„fix und fertig“ (ebd.: 10)* war und auch seelisch *„keine Kraft“ (ebd.: 10)* mehr gehabt habe. Auch in Sophies Erzählungen nehmen das Studium und die mit dem Aufbau des Studiums verbundenen Schwierigkeiten großen Raum ein.

Sie formuliert ihre persönliche Situation innerhalb des Studiums als *„eine sehr sehr komplizierte Sache“ (Sophie 2003/5: 11)*⁵⁶. Aufgrund diverser Studienortwechsel, der unklaren Situation ihres Aufenthaltstatus und wegen Missverständnissen bezüglich der differenten Studienordnungen in Burkina Faso, befindet sich Sophie heute in der für sie sehr unangenehmen Situation, die Inhalte des Studiums der Germanistik fast vollständig wiederholen zu müssen. Die bereits absolvierten vier Jahre Studium können in ihrer speziellen Situation nicht anerkannt werden und *„da muss ich noch das Vordiplom machen, dann muss ich noch das Hauptstudium machen und endlich dann das Fach fertig*

⁵⁶ Sophie veranschaulicht ihre schwierige Situation auch nonverbal, indem sie während der insgesamt ca. 20-minütigen Erzählung häufig nach Luft ringt und oftmals fassungslos lacht.

zu machen“ (ebd.: 13). Da sie auf diese Wiederholung des gesamten Studiums jedoch „keinen Bock“ (ebd.: 13) hat, entscheidet sie sich zunächst dafür, an der Volkshochschule eine Weiterbildung als Kommunikationsassistentin zu machen:

„Ich bin 29 Jahre alt, ich habe schon 4 Jahre studiert. Verstehst du. Dann bedeutet das für mich, ich muss das ganze Studium auch wiederholen. Es tut mir leid, aber ich hatte keine Kraft auch dafür und ich habe gut überlegt, wofür brauche ich Germanistik?“ (ebd.: 14).

Dennoch ist Sophie dazu entschlossen, das Studium der Germanistik parallel zu ihrer neuen Tätigkeit am Flughafen Frankfurt, zu beenden. Insgesamt sei sie vom Studium in Deutschland „enttäuscht“ (ebd.: 14) und fühle sich inhaltlich und emotional im Berufsalltag wohler:

„Das ist der einzige Job, der mir zum einen Spaß macht, dort kann ich meine Sprachkenntnisse anwenden oder erweitern, mit den Leuten kommunizieren und ich fühle mich dort ... als Ausländerin ich fühle mich dort gut, weil fast alle meine Kollegen, meine Mitarbeiter sind auch Ausländer. Und du weißt, der Flughafen ist international. Weißt du ja, deswegen, ja. Und das Klima gefällt mir“ (ebd.: 22).

Für Sophie scheint vor allem das soziale ‚Klima‘ in ihrem Alltag wichtig. Sie schildert nicht nur die strukturellen Schwierigkeiten im Studium als frustrierend, sondern fühle sich auch im zwischenmenschlichen Bereich an der Universität zu stark isoliert:

„Ich fühle mich immer ein bisschen isoliert [Stimme ist laut und energisch]. Und ich habe den Eindruck, dass alle Leute mich angucken. Obwohl sie das vielleicht nicht machen, weißt du. Aber ich habe da immer das Gefühl, das alle Leute mich angucken. Und dann habe ich nur Angst also etwas Falsches zu machen, so und so. Und wenn ich aufstehe, manche Leute gucken mich wirklich an. Ja, und ich sehe das dann. Aber – ich fühle mich immer so, so alleine, so ausgeschlossen. Ich weiß nicht, ob du mich verstehst? Und dann also, das ist das auch, wenn ich an der Uni bin, an den Kursen auch (...) Also Vorlesungen. Ich bin immer die einzige Schwarze, weißt du. Ja, das war in diesem Semester – ich habe zwei Kurse belegt...(...) Genau, und die Sprachgeschichte. Aber darin war ich immer die einzige Schwarze. Und wenn du nicht da bist, dann weiß der Professor genau [fähngt an zu lachen] wenn du nicht da bist. Verstehst du? Das sind solche Erfahrungen, das ist lächerlich, aber das ist [so; J. B.]“ (Sophie 2003/5: 24).

Sophies Befindlichkeit scheint in emotionaler und körperlicher Hinsicht durch die strukturellen und sozialen Schwierigkeiten in ihrem deutschen Alltagsleben belastet⁵⁷.

⁵⁷ In diesem Zusammenhang möchte ich darauf hinweisen, dass Sophie während des Gesprächs nur beiläufig von drei operativen Eingriffen im Bauchbereich berichtete, sie die Probleme des Studiums und ihres Alltags hingegen ausdrucksstärker und emotionaler formulierte. Selbst auf meine mehrfachen Nach-

Anna blickt zwar auf keine für sie persönlich problematische Studienlaufbahn wie Sophie zurück, dennoch findet sie, dass das Studium der Medizin in Deutschland reformiert werden müsse. Ihr Eindruck während des Studiums ist vor allem, dass das Studium zu bürokratisch organisiert sei und sich belastend für die StudentInnen auswirke. Sie kritisiert:

„Und hier macht es wirklich dieser Druck, ständig gut zu sein, ständig deine Arbeit zu sichern, dieser Zeitfaktor, den du nicht mehr hast. Bringt die Leute dazu, dass sie einfach viel zu wenig Zeit für sich haben, für die anderen sowieso. (...) Die gehen nicht mehr mit Lust zur Arbeit, sondern mit Druck“ (Anna 2003/2: 21).

Ihrer Meinung nach sind Menschen, die permanent unter einem solchen Leistungsdruck stehen, *„selbst nicht gesund (...), weil denen einfach ein Teil der Harmonie fehlt [lacht]“ (ebd.: 21)*. Sie selbst sei zwar *„zynischer geworden“ (ebd.: 21)* habe sich jedoch ‚durchgebissen‘ und meint generalisierend,

„dass die Afrikaner das nicht so ernst nehmen [lacht]. Ich habe mein Studium gemacht. Das war schwierig. (...) Aber dieses ganze ‚sich durchbeißen‘... du bist einfach andere Verhältnisse gewöhnt. Das ist nicht das wichtigste im Leben. Warum sollst du dich da irgendwie tot durchbeißen, warum?“ (Anna 2003/2: 22).

Auch Diamba und Gérome mussten sich durch die bürokratischen Strukturen in Deutschland ‚durchbeißen‘. Diamba hat mittlerweile seine Aufenthaltsgenehmigung verlängern können und konnte sich als Musik- und Trommellehrer selbstständig machen. Der Weg dorthin war lang und bis dahin musste er ohne feste Einnahmequelle *„über die Runden“ (Diamba 2003/7: 13)* kommen. Heute ist er *„froh, das machen zu können“ (ebd.: 13)*, weil er nun neben seinen Aushilfsarbeiten eine finanzielle Einnahmequelle habe, die ihm persönliche Befriedigung verschafft und ihm flexible Arbeitszeiten möglich sind.

Gérome ist parallel zu seinem Germanistik-Studium in Darmstadt ebenfalls berufstätig. Er beschreibt in diesem Kontext die beschwerliche Seite der Arbeitssuche. Da er im Gegensatz zu Diamba nicht nur sich selbst versorgt, sondern seine Freundin und seinen Sohn finanziert, ist die berufliche Tätigkeit für Géromes Einkommen besonders wichtig.

fragen ging sie nicht weiter auf diesen Bereich ihrer Gesundheit ein. Ich persönlich hatte daher den Eindruck, dass ihr das Nicht-Erreichen ihres primären Migrationsziels ‚Germanistikstudium‘ auch gesundheitlich belastender erschien. Inwiefern sie vor mir als fremder Person diese sehr persönlichen Details der Operationen nicht besprechen wollte, oder ob sie tatsächlich die strukturellen Probleme im Zusammenhang des Themas Gesundheit als erwähnenswerter empfand, ist jedoch letztlich spekulativ.

In seinen Beschreibungen über die Arbeitssuche in Deutschland dominieren frustrierende Situationen auf dem Arbeitsamt und sein Unverständnis bezüglich der komplizierten Arbeitserlaubnisverfahren für ausländische Studierende. Seine Erlebnisse auf dem Arbeitsamt versucht er humorvoll zu bewältigen (vgl. Gérome 2003/3: 13). Er schildert seine Gefühle in solchen Situation: „*Das tut ziemlich **weh**, das tut **ziemlich** weh. Und wenn jemand keine Kontrolle hat, oder wenn du eine Panik kriegst, da kann auch etwas anderes passieren*“ (ebd.: 13). Was genau Gérome darunter versteht, wenn „etwas anderes“ passieren kann, bleibt unklar. Deutlich wird jedoch, dass die strukturellen Bedingungen seines Migrationsalltags in Deutschland emotionale Belastungen mit sich bringen.

In den Alltagsbereichen Studium und Berufstätigkeit spiegelt sich wieder, inwiefern die von mir befragten afrikanischen MigrantInnen ihr Leben in Deutschland als ‚handhabbar‘ und eigenständig kontrollierbar erleben. Die bürokratischen Strukturen und Vorgaben, denen sie begegnen, werden oftmals als Hindernisse für ein harmonisches und zufriedenstellendes Alltagsleben empfunden. Häufig können sie diese Schwierigkeiten jedoch nicht vermeiden und sind daher darauf angewiesen, ‚das Beste aus der Situation‘ zu machen.

Wie die schwierigen Situationen des deutschen Alltags von den von mir befragten Personen individuell erlebt werden, hängt meines Erachtens davon ab, ob das soziale Umfeld positiv wahrgenommen wird. Liegen die Schwierigkeiten jedoch weniger bei den Strukturen an sich, als bei den Menschen des Alltagslebens, desto unangenehmer und belastender wird die Gesamtsituation wahrgenommen. Ein weiterer struktureller Aspekt des Themas Gesundheit, der weniger mit sozialen Beziehungen zu tun hat, sondern die Organisation des Gesundheitswesens in Deutschland betrifft, ist die Mitgliedschaft in einer staatlichen Krankenversicherung. Im nachfolgenden Kapitel gebe ich einen Ausblick darauf, womit meine InterviewpartnerInnen die Versicherung bei einer Krankenkasse verbinden.

3.4.2.4 „Zuerst muss man hier eine Krankenversicherung haben – bei uns ist das egal“

Der Gesundheitsbegriff wird von den von mir befragten MigrantInnen nicht nur mit belebten Inhalten, also körperlichen, emotionalen Dimensionen und sozialen Aspekten

gefüllt, sondern hat auch eine abstrakte Dimension: Auf meine Frage, ob sich etwas an ihrer Gesundheit bzw. an ihrer gesundheitlichen Situation seit der Migration nach Deutschland verändert habe, nennen das Stichwort ‚Krankenversicherung‘ ebenso wie Christine in obigem Zitat (vgl. 2003/9: 4) Francois, Gérôme und Francine, David, Marie und Diamba⁵⁸. Die gesetzliche Krankenversicherung wird dabei unterschiedlich bewertet. Marie betont die Vorteile für ihre Gesundheit:

„Zu Hause haben wir keine Krankenversicherung. Man muss immer bezahlen und das. Und dann hatte ich eine Karte und habe alle Untersuchungen gemacht, weißt du. Ich war so neugierig [lacht]. Fast jede Woche war ich beim Arzt. (...) Ich wollte einfach wissen, ja, ich bin gesund‘. Und ich habe alle Untersuchungen gemacht und die – die allgemeine Kontrolle, ja. Und da war ich öfter dort [kichert vergnügt]. (...) Wenn du zu Hause krank bist, musst du immer zahlen, hier zahlt man einmal pro Monat und das ist genug“ (Marie 2003/6: 3).

Ihre Neugier und ihr Wunsch nach Überprüfung der eigenen Gesundheit durch medizinische ExpertInnen sind ausschlaggebend für Maries häufige Arztbesuche. Sie ist froh, dass ihr die Arztbesuche durch die staatliche Krankenversicherung ermöglicht werden. David hat laut seinen Aussagen ähnliche Reaktionen wie die Maries bereits öfter beobachten können:

„Hier [in Deutschland; J. B.] sind wir versichert. Deswegen wird man sehen, dass am Anfang, diejenigen die ganz neu hier sind, vielleicht, ich weiß es nicht, ob es eine Verallgemeinerung ist, als erstes, wenn sie versichert sind, wenn sie krank sind, oder sich nicht wohl fühlen, sie würden hier schneller zum Arzt [gehen; J. B.]. Diejenigen die lange hier sind, sie würden sagen ‚ach, das geht noch‘. Aber ich gucke jetzt, zu Hause hat man das Geld nicht oder die Möglichkeit nicht, zum Arzt zu gehen – hier hat man sie, aber wir nutzen das nicht aus. Das ist ein großer Unterschied auch“ (David 2003/4: 6).

David bringt in seiner Aussage die Vermutung zum Ausdruck, dass MigrantInnen aus afrikanischen Ländern nur in der Anfangsphase in Deutschland verstärkt zum Arzt gehen würden – weil sie in ihrem Herkunftsland bislang weniger Möglichkeiten gehabt hätten, sich ärztlich versorgen zu lassen, und diese Chance nun in Deutschland nutzen

⁵⁸ In diesem Zusammenhang möchte ich darauf hinweisen, dass Lux in Malanville, Benin, ähnliche Erfahrungen mit der Doppeldeutigkeit des ‚Gesundheitsbegriffs‘ gemacht hat. Er stellt fest, dass der Begriff ‚Santé‘ „über die Gesundheit oder den Gesundheitszustand eines oder aller Leute hinaus die Gesamtheit der medizinischen Versorgungsstrukturen des modernen Sektors“ (Lux 1991: 104) meint und ihm „etwas Pionierhaftes und Fortschrittliches“ (ebd.: 105) anhafte, was sich „gegen die Masse der an ihre Geister glaubenden Bevölkerung absetzt. Mit der Santé verknüpft ist Optimismus und das Gefühl, daß es bergauf geht. (...) Eine Übersetzung des Ausdrucks ‚Santé‘ mit ‚die Gesundheit‘ erscheint mir wenig sinnvoll“ (ebd.: 105).

wollten. Aber auch Diamba, bereits seit 12 Jahren in Deutschland, nutzt die Vorteile einer staatlichen Krankenversicherung und geht für Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig zu seiner Ärztin:

„Ich habe eine DAK-Krankenkasse, ich gehe regelmäßig zum Zahnarzt, auch wenn ich nichts habe [lacht] mit meinen Zähnen. Ich gehe zu Voruntersuchungen. Selbst bei Kleinigkeiten nur, dann tauche ich bei meiner Ärztin auf ‚Ah Herr Diamba‘, sie kennt mich schon [wir lachen beide]. Dann sage ich ‚ich bin gesund‘ und so, ja, ‚nicht krank, aber‘ -aber... sie freut sich meistens auch“ (Diamba 2003/7: 9).

Als Grund für seine regelmäßigen Arztbesuche gibt er nicht Neugier wie Marie oder das Nutzen einer neuen Chance an, sondern schildert es als eine Art ‚Gewohnheit‘ zu Vorsorgeuntersuchungen zu gehen.

Francois der Student und der junge Familienvater Gérome hingegen empfinden die monatliche Einzahlung in die Krankenkasse primär als finanzielle Belastung die sich lediglich für die Kontrolle ihre Gesundheit nicht rentiere. Francois erzählt mir beispielsweise, dass er selten krank sei und ÄrztInnen und Krankenhäuser persönlich ablehne. Dennoch konsultiere er in manchen Fällen einen Arzt, wobei es ihm jedoch nicht um die Notwendigkeit der Behandlung gehe. Sein Motiv sind die monatlichen Einzahlungen in die Krankenkasse:

„Ab und zu, das geht nicht um Notwendigkeit. Manchmal denke ich, dass ich bezahle meine Versicherung und gehe nicht zum Arzt, warum kann ich auch nicht so gehen? Das ist nicht nötig. Ich gehe nur, weil ich bezahle diese Krankenversicherung. Und ich nutze sie zumindest irgendwann [lacht]. Nur darum gehe ich zumindest zum Arzt. (...) Nehmen wir an, ich bezahle das hier und ich gehe niemals. Das heißt, eigentlich ich bezahle für nix, oder. Deswegen manchmal sage ich: gehst du. Weil ich bin auch selten krank. Das ist eine andere Sache“ (Francois 2003/1: 5).

Gérome äußert, ähnlich wie Francois, dass er selten krank sei, daher selten in die Situation komme, eine Ärztin oder einen Arzt konsultieren zu müssen und dennoch monatliche Beiträge in die Krankenkasse zahle. Zwar beurteilt er die Idee der Krankenversicherung in Deutschland prinzipiell positiv:

„Der Vorteil in Deutschland ist, wenn ich versichert bin, dann zahlt bei einem Unfall automatisch die Krankenkasse. Die Krankenkasse ist da, o. k. dann muss die AOK oder die DEK oder ich weiß nicht, muss das bezahlen. Und bei uns zu Hause müssen wir Geld – Bargeld oder Kautions vorlegen“ (Gérome 2003/3: 25).

Für sich persönlich findet er die Einzahlung in die Krankenkasse jedoch nicht immer sinnvoll. So erzählt er beispielsweise, dass ein Zahnarztbesuch für ihn im Gegensatz zu Deutschen nicht notwendig sei:

„Habe ich etwa keine Zähne, ich habe doch keine Probleme mit meinen Zähnen? Warum sollte ich zum Zahnarzt gehen? Das ist, also für die anderen Leute, also für die Deutschen oder Europäer, sie müssen immer zum Zahnarzt gehen. Alle zwei oder drei Monate. Dann müssen sie zum Zahnarzt gehen. (...) Nee nee, ich hatte keine Probleme mit meinen Zähnen. Ja, die meisten Afrikaner in Afrika haben keine Probleme mit ihren Zähnen“ (ebd.: 26).

Die Vorteile der Krankenversicherung sind für ihn nur von geringer Bedeutung. In seinen Vorstellungen ist daher die finanzielle Belastung durch die monatlichen Kassenbeiträge eher präsent, als dass er die Vorteile für seine Gesundheit in Betracht zieht. Gérome fragt sich:

„Warum soll ich jetzt in die Krankenkasse jeden Monat zahlen? Auch wenn ich nicht zum Arzt gehe? Also warum machen sie das hier nicht – ich weiß nicht, ich glaube, auch in Amerika zahlt niemand Krankenkasse – ich weiß nicht – ich glaube, das ist auch so, wie bei uns. Da bezahlt man nur wenn man krank ist, oder wenn man beim Arzt war. Warum soll ich also in die Krankenkasse bezahlen?“ (ebd.: 26).

Die Vorstellungen meiner InterviewpartnerInnen in Bezug auf gesundheitliche Veränderungen seit der Migration nach Deutschland sind in Zusammenhang mit den in ihren Herkunftsländern gesammelten Erfahrungen zu sehen. Gesundheitliche Unterschiede werden tendenziell hinsichtlich der anderen formalen Bestimmungen in Deutschland angesprochen. Der Gesundheitsbegriff bekommt in dieser Dimension einen abstrakten, mit finanziellen und bürokratischen Inhalten gefüllten Charakter. Ein positiver Aspekt des Unterschieds ‚Krankenversicherung‘ besteht darin, dass die MigrantInnen bewusstes präventives Gesundheitshandeln praktizieren und die ‚Leistungen‘ des professionellen Sektors in Anspruch nehmen. Einige der befragten MigrantInnen empfinden die regelmäßigen Beitragszahlungen an ihre Kasse jedoch als unnötig, da sie selten krank seien und nach Möglichkeit ihre Gesundheit eigenverantwortlich behandeln wollen. Im Fall von Francois und Gérome wird deutlich, dass sie beide laut ihren Vorstellungen lediglich zum Arzt gehen, weil sie ihre Krankenkassenbeiträge bezahlen und ihnen diese Zahlungen ansonsten ‚sinnlos‘ erscheinen würden. Eine innere Überzeugung, dass präventive Arztbesuche für die Erhaltung ihrer Gesundheit notwendig seien, ist ihren Aussagen nicht zu entnehmen.

Nachdem in diesem Kapitel der Zusammenhang zwischen dem Thema Gesundheit, dem Gesundheitsverhalten und der in Deutschland institutionalisierten Gesundheitsversorgung in den Aussagen meiner InterviewpartnerInnen beleuchtet wurde, wird in den nun folgenden zwei Kapiteln auf die möglicherweise spirituelle Beeinflussung der Gesundheit eingegangen.

3.4.2.5 „Gott muss mir Gesundheit geben“

Eine weitere Dimension des Gesundheitsbegriffs meiner InterviewpartnerInnen ist von religiösen Vorstellungen bestimmt. Diese Dimension von Gesundheit wird unabhängig von der jeweiligen Konfession angesprochen: Gérome und Anna sind katholisch und haben ebenso wie Diamba als Muslim, Oko als Pentecostalanhänger (Pfingstkirche) und Francine, Zeugin Jehovas, die Vorstellung, dass ihre Gesundheit gottgegeben ist. Sie kommt „von Gott“ (Diamba 2003/3: 12) und „vom Glauben“ (Marie 2003/6: 20). Sophie verdeutlicht, dass ihre gesamte Befindlichkeit, Gesundheit und Krankheit von Gott beeinflusst wird:

„Gott kann mir Gesundheit geben, also ein langes Leben, so was, solche Sachen. Weil ich schätze, alles was mir passiert ist Gottes Wille. (...) Also von meinem Glauben her, so denke ich auch. Und ich denke, wenn mir etwas passiert, dann hat das Gott gewollt. Wenn ich krank bin, hat Gott das gewollt“ (Sophie 2003/5: 30).

Der Ursprung der eigenen Gesundheit liegt somit in der Verantwortung einer ‚höheren Macht‘, auf einer externen Ebene. Dennoch ist es in den Vorstellungen der Befragten generell möglich, die eigene Gesundheit selbstständig zu beeinflussen. In diesem Zusammenhang wird das Gebet genannt. Es erfüllt nicht nur religiöse Funktionen, sondern ermöglicht eine indirekte Beeinflussung der eigenen Gesundheit, indem es prophylaktisch vor schlechten Einflüssen schützen soll. Die Expertin Wangare-Greiner konstatiert diesbezüglich: *„Die Götter und Vorfahren, und der Gott schützen uns, und es wird gebetet, dass du gesund bleibst. [Erst; J. B.] wenn du krank bist, erst dann geht man zum Arzt“ (Wangare-Greiner 2003/I: 6).*

Sophie betet *„damit mir nichts passiert“ (Sophie 2003/5: 30)* regelmäßig für den Schutz ihrer Gesundheit, und auch David fühlt sich durch das Gebet zu Gott geschützt (vgl. David 2003/4: 7). Wenn Marie krank ist, zündet sie eine Kerze an und liest in der Bibel, um sich gesundheitlich besser zu fühlen (vgl. Marie 2003/6: 20) und für Oko ist das

morgendliche Gebet wichtig, damit er während des Tages keine negativen Einflüsse zu befürchten hat: *„And I always pray in the morning for God to take care of me, the whole day. So today I know – I am protected“* (Oko 2003/8: 25).

Außer der schützenden Wirkung wird auch die stärkende Kraft des Gebets und des Glaubens angesprochen. Aus Sicht der Expertin Frau Nzimegne-Gölz handelt es sich dabei um den Glauben an die *„Ursprungskräfte, sozusagen an die Kräfte, die von Gott aus kommen“* (Nzimegne-Gölz 2003/III: 4) und die sich in der sozialen und ökologischen Umwelt der Menschen manifestieren⁵⁹.

Anna erzählt in diesem Zusammenhang, dass ihr Glaube an Gott, den sie mit einer besonderen *„Kraft“* (Anna 2003/2: 3) gleichsetzt⁶⁰, ihrer Meinung nach eng mit ihrer sozialen Umwelt verknüpft sei. Um gesund zu sein, müsse alles *„zusammen harmonisieren. Das ist die Religion, deine Familie, alle Leute drumherum. Das gehört - ja, so ist für mich Gesundheit“* (ebd.: 3). In Diambas Ausführungen wird ebenfalls deutlich, dass er sich seine Gesundheit als von Gott gegeben vorstellt: *„Gott hat uns geschaffen, wie wir sind. Gott hat uns ein Leben geschenkt, es ist schon heile, gesund“* (Diamba 2003/7: 13). Gleichzeitig ist Gesundheit in seinen Augen ein Zustand, der aus einer intakten Gemeinschaft resultiert. Diamba betet dafür,

„das alle sind gesund und so halt. (...) Ich bete auch manchmal für die ganze Menschheit, weißt du. Das Frieden herrscht und das endlich mal die ganze Welt aufhört. Ich glaub, dafür braucht es keine Waffen. Es kann nicht so weitergehen. Das man einander respektiert“ (ebd.: 15).

In Diambas Worten wird deutlich, dass er sich und seine Gesundheit in einem überindividuellen, sozialen Kontext wahrnimmt. Diese Auffassung von Gesundheit entspricht laut Expertin Frau Nzimegne-Gölz einer *„naturreligiöse[n; J. B.] Vorstellung“* (Nzimegne-Gölz 2003/III: 4):

„dass der Mensch, der einzelne Mensch eingebettet in einen Zusammenhang [ist; J. B.]. Der einzelne Mensch ist nicht überlebensfähig, sozusagen. (...) Der ist untrennbar Bestandteil einer Gemeinschaft. Diese Gemeinschaft besteht aus Ahnen,

⁵⁹ Fink zitiert in diesem Zusammenhang ein Dormaa-Sprichwort: *„God has sent diseases, so he will also cure them“* (Fink 1990: 224) und verdeutlicht damit, dass in den Augen der Dormaa zwischen Gesundheit und Religion ein ‚natürlicher‘ Zusammenhang besteht, nicht nur bezüglich der Heilung von Krankheiten, sondern vor allem hinsichtlich eines ursprünglich gesunden Zustands der Menschen (vgl. ebd.: 224f.).

⁶⁰ Anna spricht auch von *„Kraft“* im Zusammenhang von intakten sozialen Beziehungen, die sich positiv auf ihre Befindlichkeit auswirken (vgl. Kapitel 3.4.1.4, Anna 2003/2: 10).

Geistern, Gottheiten – (...) einem Kontinuum von allen Generationen die dem Mensch seine Lebenskraft spendet“ (ebd.: 4).

Wird der Fluss der gesunden Lebenskraft jedoch durch soziale Konflikte und Probleme gestört, wirkt sich dies negativ für das Individuum aus. Die „*Minderung seiner Lebenskraft*“ (ebd.: 4) ist die Folge:

„Er kriegt diese Lebenskraft nicht mehr von dieser ganzen Gemeinschaft – also und ohne diese Gemeinschaft ist er letzten Endes auch nicht überlebensfähig. Deswegen sehen sie zu (...), dass sie dieses Verhältnis wieder gut herstellen, damit der Mensch eben in seine Gemeinschaft integriert wird, eben geheilt werden kann und gesund bleiben kann“ (ebd.: 4).

In ihrer religiösen Dimension kann Gesundheit demnach als „*Ausdruck von Harmonie zwischen Außen und sich selbst, (...) von sozialer Harmonie*“ (ebd.: 8) beschrieben werden. Sie lässt sich einerseits durch das Gebet zu Gott, andererseits durch die Pflege der sozialen Umwelt erhalten.

Aus diesem Grund betont Frau Wangare-Greiner als gesundheitsrelevanten Faktor den sozialen Zusammenschluss afrikanischer MigrantInnen in Deutschland, in Form von Communities⁶¹:

„Was sie gesund hält, ist wirklich die Community selber. (...) Weil es innerhalb der afrikanischen Community einen sehr sehr großen Rückhalt untereinander gibt, und die sich auch gegenseitig unterstützen. Und ich glaube, wenn es das nicht geben würde, das würde ganz schwierig sein. Wir können nicht ohne diesen Rückhalt leben“ (Wangare-Greiner 2003/I: 9).

Anna bestätigt, dass den Freunden aus afrikanischen Herkunftsländern eine zentrale Rolle im alltäglichen Leben, auch in der Gesundheitsfürsorge zukommt. Sie übernehmen

„hier die Rolle der Familie. Weil das ist so, wenn hier jemand krank ist, wird er zuerst seine Freunde anrufen und sagen: ‚Ja ich fühle mich nicht so gut‘ und so, was denkt ihr‘ und so. Und dann geben ihm die Freunde den Ratschlag. Und von ihm alleine sagt er vielleicht ‚o. k. ich werde irgendwo zum Arzt gehen‘ oder so, aber der berät sich zuerst bei seinen Freunden. Die Freunde nehmen hier die Rolle der Familie an“ (Anna 2003/2: 9).

⁶¹ Der Begriff der afrikanischen ‘Community’ stellt einen Sammelbegriff dar, unter dem kulturelle und politische Vereine, Kirchengemeinden, lose Vereinigungen und Selbsthilfegruppen subsumiert werden (vgl. auch Ksinsik 2001: 24).

Die Voraussetzung für ein gesundheitsförderliches Gemeinschaftsgefühl sind intakte soziale Beziehungen⁶². Entstehen innerhalb der sozialen Gemeinschaft zwischenmenschliche Probleme, beispielsweise Streitigkeiten, Neid und negative Gefühle, wird eine weitere spirituelle Dimension von Gesundheit in den Ausführungen meiner InterviewpartnerInnen angesprochen. Diese Dimension wird mit dem Glauben an übernatürliche Kräfte, Zauberei und Hexerei sowie schwarzer Magie verbunden (vgl. auch Fink 1990: 33f.). In welcher Weise diese Kräfte auf Gesundheit wirken können und wo ihr Ursprung zu suchen ist, erzählen die Befragten im Folgenden.

3.4.2.6 „Zauberei. Bei uns gibt es so was noch“

In den Gesprächen mit meinen InterviewpartnerInnen wird die religiöse Dimension der eigenen Gesundheit sehr direkt formuliert. Die eigene gottgegebene Gesundheit wird auf ein ‚überirdisches‘, jedoch nicht ‚übernatürliches‘ Einwirken zurückgeführt. Der göttliche Einfluss wirkt sich schützend auf die eigene Gesundheit aus und kann durch das Gebet bekräftigt werden. Rosny stellt in diesem Zusammenhang bei seinen Studien in Kamerun fest, dass der göttliche Einfluss *nicht* als Ursache für Krankheit und negative Befindlichkeit verantwortlich gemacht wird (etwa als Strafe oder göttliches Schicksal). Gott ist „die Quelle für alles, auch für den Tod, praktisch jedoch ohne Verantwortung für das Böse und die Krankheit“ (Rosny 2002: 161).

Meine diesbezüglichen Nachfragen in den Interviews bekräftigen, dass meine InterviewpartnerInnen die Ursache für Krankheit und Unwohlsein häufig in ‚übernatürlichen‘ Kräften sehen, jedoch *nicht* im Sinne eines göttlichen Einwirkens. Francois bezeichnet diese Art der gesundheitlichen Beeinflussung als „Zauberei“ (Francois 2003/1: 7). Diese übernatürlichen Kräfte werden vor allem im Zusammenhang zwischenmenschlicher Konfliktsituationen als Ursachen für Krankheit erwähnt. Francois erzählt:

⁶² Kofi Asare Opoku stellt in diesem Zusammenhang generell für westafrikanische Regionen fest: „It is generally believed that nothing can be well with men in society if good relations are not maintained between them and their fellow human beings and between them and the powers that control the universe. Broken relationships may result in sickness or even the death of an individual“ (Opoku 1978: 149).

„Wenn jemand Probleme hat mit dir, dann kann er dir Krankheit schicken. (...) Jemand ist die Ursache von einer Krankheit. Ich meine Ursache, direkte Ursache, nicht passiv. Weil es gibt passiv und aktiv. Also ich meine, wenn man das macht, mit Zauber oder so, bei uns so was gibt es. (...) So was machen manche auf dem Land, nicht in der Großstadt. Z. B. irgendwelche Magie, oder ich weiß nicht was schicken, deine Kinder werden krank, oder vielleicht sterben oder so“ (Francois 2003/1: 7).

Francois verdeutlicht, dass die Krankheiten, die durch ‚Zauberei‘ geschickt werden, durch Probleme mit anderen Menschen verursacht werden. Die Krankheit entsteht demnach durch einen anderen Menschen des sozialen Umfelds. Da die intakte soziale Gemeinschaft, wie in den vorangegangenen Ausführungen deutlich wurde, als von Gott gegeben, also ‚natürlich‘ erachtet wird, erscheinen Krankheiten, die aufgrund sozialer Konflikte entstehen, in den Schilderungen meiner InterviewpartnerInnen als ‚unnatürlich‘. Die Ursache solcher ‚unnatürlicher‘ Erkrankungen resultiere häufig aus negativen Gefühlen, wie beispielsweise Missgunst und Neid:

„Weißt du, wenn man eine gute Note in der Schule kriegt, hat man Angst: ‚vielleicht im nächsten Semester werde ich nicht so viel, so gute Noten bekommen, ich muss aufpassen. (...) Vielleicht eine Freundin ist sehr böse auf diese Noten und deswegen [entsteht Krankheit; J. B.]“ (Marie 2003/6: 16).

Neid, Eifersucht und Streitsituationen, die Krankheiten bei anderen Menschen zur Folge haben, werden von meinen InterviewpartnerInnen als *„schwarze Magie – das ist wie Voodoo“* (Sophie 2003/5: 28, vgl. auch Diamba 2003/7: 18, auch Gérome 2003/3: 19), *„Zauberei“* (Francois 2003/1: 7) und *„Hexerei“* (Christine 2003/9: 8) bezeichnet⁶³. Eine Krankheit, die durch solche Störungen des ‚natürlichen‘ Gemeinschaftsgefühl ver-

⁶³ Ich vermute, dass meine InterviewpartnerInnen mir gegenüber verstärkt zu Begriffen wie beispielsweise ‚Voodoo‘ greifen, weil die Mehrzahl von ihnen zum einen aus westafrikanischen Ländern kommt, sie somit wahrscheinlich aus regionaler Perspektive die Religion des Voodoo kennen und zum anderen, da es sich um einen durch Medien und populäre Schriften verbreiteten Begriff handelt. Wahrscheinlich nehmen meine GesprächspartnerInnen an, dass mir dieser geläufig ist und mir das damit zusammenhängende Phänomen darüber begreiflicher wird. In ihren jeweiligen Muttersprachen jedoch hat das Phänomen der krankheitsverursachenden zwischenmenschlichen Konflikte eigene Bezeichnungen und weist daher auch unterschiedliche Konnotationen auf. Rosny merkt diesbezüglich an, dass die begriffliche Zuordnung als ‚Zauberei‘ oder ‚Hexerei‘ problematisch ist, da sie wertend sei und lediglich eine Außenwahrnehmung widerspiegele: „Man solle den Begriff [Zauberei; J.B.] durch einen anderen ersetzen, der weniger mit Schande beladen ist. (...). 'Zauberei' ('Hexerei') als Wort mißfällt allen, besonders aber den Afrikanern. Man dreht sich gleich nach ihnen um, wenn in der Öffentlichkeit die Rede davon ist. Bei ihnen spricht man davon nur in verschlüsselten Worten“ (Rosny 2002: 111).

ursacht ist, also durch ‚übernatürliche‘ Kräfte verursacht wird, ist laut Sophie an ihren außergewöhnlichen Symptomen zu erkennen:

„Die Leute denken das immer, wenn etwas ungewöhnlich ist. Verstehst du was ich meine? Die Leute denken nicht daran, ‚das ist Malaria und meine Tochter hat mir etwas angetan‘, die denken nur, wenn es etwas Ungewöhnliche ist, etwas Außergewöhnliches. (...) Z. B., du merkst dass das etwas Außergewöhnliches ist. Aber es gibt manche Krankheiten z. B., das kann ich dir sagen. Guck mal – jemand hat einen Fluch – sagt man Fluch bekommen? – und er hat z. B. hier einen [zeigt aufs Kinn], wie sagt man das, einen Punkt. Nicht Muttermal – Pickel [Pickel; J. B.]. Aber normalerweise, manchmal wenn du hier Pickel hast, und das wird größer und manchmal wenn das aufgeht oder wenn das auseinander geht, dann hast du manchmal etwas, das ist Wasser, nicht Wasser [meint wahrscheinlich Eiter; J. B.]. Aber du kannst dir vorstellen, anstatt Wasser oder etwas anderes hast du einen Faden. Das ist doch merkwürdig, oder? Oder, verstehst du was ich meine? (...) Faden, du machst das, das kommt so [macht Handbewegungen, als ob sie sich einen langen Faden ganz langsam aus dem Kinn ziehen würde], verstehst du [sehr laut]. Und dann das kommt so, so, so raus. Und das endet nicht, das kommt nicht raus. Einmal hat jemand das gehabt und er ist verstorben. Und man hat bemerkt, er hat einen Fluch bekommen“ (Sophie 2003/5: 28).

Marie erzählt ebenfalls, dass bei Spannungen innerhalb des sozialen Umfelds in ihrem Herkunftsland Burkina Faso häufig angenommen werde, dass eine bestimmte Person für die Erkrankung einer anderen Person verantwortlich sei. Dies könne zu Misstrauen innerhalb der Gemeinschaft führen:

„Es gibt diese Leute [die Krankheiten auf negative zwischenmenschliche Wünsche, Flüche zurückführen; J. B.] fast überall, ja. Aber die haben kein Vertrauen, die reden die ganze Zeit ‚ja, es ist vielleicht dein Nachbar und blablabla‘. Und am Ende stimmt das nicht [lacht]. Du bekommst nur Ärger mit deinem Nachbarn. Vielleicht hat der gar nix gemacht, weißt du. Und vielleicht sagst du: ‚ja, der hat mich nicht begrüßt, vielleicht ist er sauer‘ – ‚stimmt, letzte Woche war mein Kind krank‘ – und blablabla, so komische Sachen, weißt du“ (Marie 2003/6: 19).

Aus diesem Grund sagt sie, würde sie im Krankheitsfall *„lieber zum Arzt gehen“* (ebd.: 19), um die ‚natürliche‘ Ursache für die gesundheitlichen Beschwerden herauszufinden. Maries Aussagen verdeutlichen, wie ambivalent die Vorstellungen bezüglich des gesundheitlichen Einwirkens magischer Kräfte bei meinen InterviewpartnerInnen sind. Einerseits erzählt sie, dass Krankheiten durch den Einfluss negativer Wünsche und Flüche im direkten sozialen Umfeld der betroffenen Person verursacht werden können, andererseits hält sie diese Vorstellung für möglicherweise falsch und spricht gleichzeitig von den ‚natürlichen‘ Ursachen der Krankheit. Sophie meint diesbezüglich: *„Du musst daran denken, um das zu glauben“* (Sophie 2003/5: 28).

Als ich Christine aus Kenia in unserem Gespräch auf ihre Meinung zu ‚übernatürlichen‘ Erkrankungsursachen anspreche, macht sie ebenfalls deutlich, dass dies eine Frage der subjektiven Vorstellung sei: *„Oh ja [nickt wissend und lacht abfällig]. Ja, Zauberei – also es gibt schon viele Leute, die das glauben, wenn irgendwas nicht gut geht, dann jemand hat dich verhext. Ja. Obwohl ich das nicht glaube“* (Christine 2003/9: 8). Sie selbst glaube *„überhaupt nicht“* (ebd.: 8) an diese Art der Krankheitsursachen, was sie auf ihre christliche Erziehung zurückführt: *„Also meine Familie ist schon christlich und ich bin so aufgewachsen... und... ja, ich verstehe diese Hexerei... [fängt an zu lachen] überhaupt nicht. Ich mache immer Spaß daran [darüber; J. B.]. Also echt. Aber ich glaube es überhaupt nicht“* (ebd.: 8). Aus diesem Grund erklärt sie Erkrankungen und privates Unglück mit ‚rationalen‘ Ursachen, wie beispielsweise Virenübertragung oder finanziellen Problemen:

„So was gibt’s ja doch nicht. Ich würde dann glauben, ja - z. B. es gibt viele Leute, wenn ja, ich bin krank, ja. Das ist nicht normal.’ Oder: ‚jemand hat mich verhext‘ – und so. Aber bei mir ‚ich bin krank‘ ist gleich: ‚ich bin krank‘. Ja, ich bin erkältet, ich habe das von irgendjemandem gekriegt [meint hier Virenübertragung; J. B.], oder wenn es mir finanziell nicht gut geht, dann ist das einfach so. Ich denke niemand hat versucht irgendwas, ich weiß nicht, aber ... ich glaube das einfach nicht [lacht abfällig]“ (ebd.: 8).

Christine lehnt die Vorstellung ab, dass Erkrankungen auf magisches Einwirken ihrer Mitmenschen zurückgeführt werden können, und wendet sich im Krankheitsfall (insofern es der Grad der Erkrankung erfordert⁶⁴) daher ausschließlich an medizinische ExpertInnen, die auf der Grundlage eines naturwissenschaftlichen Verständnisses praktizieren.

Oko schildert, dass er wegen seines Rückenleidens in Ghana auch spirituelle HeilerInnen konsultiert habe: Er berichtet, dass er durch die Behandlung eines Okomfo⁶⁵, der

⁶⁴ Zum Zeitpunkt des Interviews ist Christine stark erkältet. Die Symptome hat sie bereits durch *„alles Mögliche“* versucht zu behandeln, jedoch erfolglos, weshalb sie als nächsten Schritt den Arztbesuch plant: *„Also Tee trinken. Ich hasse Tee, aber ich muss jede Menge Tee trinken, so mit Honig und Zitrone, dann habe ich mir ein Erkältungsbad gemacht, wie sagt man das, so mit dem Kopf, wie nennt man das? (...) Genau, Dampfbad gemacht. Und ich trinke auch viel und ich versuche auch so viel wie möglich zu schlafen. Vitamintabletten [klingt genervt] nehmen aber trotzdem [lacht auf] Ja. Aber echt. Ich habe alles versucht, deswegen muss ich morgen zum Arzt gehen. Es geht mir immer schlechter [stöhnt auf]“* (Christine 2003/9: 9f.).

⁶⁵ In Ghana wird primär zwischen HerbalistInnen, (Twi: dunsini, Sing., nnunsinfo, Pl.) und spirituellen HeilerInnen, den Akomfo (Okomfo, Sing., Akomfo, Pl.), unterschieden: *„A major difference between okomfo and dunsini lies in the fact that a herbalist will not invoke spirit possession in order to communicate with spiritual forces or beings“* (Fink 1990: 237).

seine Erkrankung partiell auf familiäre Konflikte zurückführte, teilweise geheilt werden konnte:

„ He asked if I have some either brothers or sisters – I said yeah. Do I have a problem with any of them? – I said ‘yes’, but only one. [Der Okomfo sagt; J. B.] ‘He is the eldest, correct?’ And than he said: ‘there is problem between this brother and the rest of us’. And I said ‘yeah’. So he said: ‘he doesn’t want to go further – but he can cure me from this pain’. I said ‘o. k.’... Than he started. We went there, he gave me some herbs... and asked me to come back. And also we went in the night... we went during the night” (Oko 2003/8: 32).

Als Ergebnis der insgesamt vierwöchigen Behandlung, in Form von gemeinsam durchgeführten rituellen Opfergaben in einem Fluss und auf einem Friedhof, sei er wieder in der Lage gewesen zu laufen: *„And than, after three to four weeks – I was able to walk. Before this I couldn’t walk, from here to the gate outside. This would take me about 2 hours [lacht] – So, after this, I was able to walk” (ebd.: 33).* Gleichzeitig verweist Oko darauf, dass eine weitere Behandlung durch naturwissenschaftlich orientierte Medizin notwendig gewesen sei, um ihn vollständig von den Rückenbeschwerden zu heilen:

“I was a bit o. k. but still the pain was there. But not like in the beginning. And than he [der Okomfo; J. B.] told me, he said: ‘now – the spiritual aspect of this is o. k. But still – you have to see the doctor!’ – He said the spiritual aspect of my sickness was o. k. but still I had to go to the doctor” (ebd.: 33).

In Deutschland, so erzählt mir Oko, wurden seine Rückenbeschwerden schließlich durch einen operativen Eingriff vollständig geheilt. Er ist nun schmerz- und symptomfrei.

Dr. Dei-Anang schildert mir in diesem Zusammenhang, dass es durchaus möglich sei, dass beide Vorstellungen, die von einer spirituellen Verursachung von Krankheit und von einer weltlichen Ursache, parallel zueinander existieren können, und berichtet von seinen eigenen Erfahrungen aus Ghana:

„Es gibt natürlich die andere Denkweise in Ghana: Immer ist der Schwiegervater schuld, oder der böse Onkel, oder: ‚Die bringen dich um, wenn du nicht aufpasst!’ – Und das herrscht ja nach wie vor. Und das ist nicht, dadurch das wir jetzt im 21. Jh. sind, ausgestorben. Immer ist irgendeiner schuld. Und dieses Denken, das Belasten des anderen, es gibt’s nach wie vor. Also, da teilt sich absolut die Denkweise. (...) Ja, das ist Bildung. Wer analytisch ausgebildet ist und an das Gleichgewicht des Hormonsystems oder Körperchemie glaubt, der denkt das natürlich nicht. Aber selbst dann, selbst dann gibt es Intellektuelle, hoch angesehene, Politiker z. B. ‚Du weißt schon, deine Oma da, die ist eine Hexe! Das weißt du doch?’“ (Dei-Anang 2003/III: 8).

Auch Dr. Nzimegne-Gölz äußert sich zu dieser spirituellen Dimension der Gesundheitsvorstellungen afrikanischer MigrantInnen und führt den Begriff der „Punitivmedizin“⁶⁶ ein:

*„Also was ich erlebe ist, jede Beschwerden wird immer **erklärt**. Erklärt mit... mit magischen oder naturreligiösen Ursachen. Es ist immer jemand dran schuld. Es hat sich dieser Begriff der Punitivmedizin auch eingebürgert. Es ist immer jemand dran schuld. Oder der Mensch selber. Es ist immer mit Schuldgefühlen, Schuld oder Unschuld“ (Nzimegne-Gölz 2003/III: 9).*

Sie betont, dass es die „gängige Meinung“ (ebd.: 9) von MigrantInnen afrikanischer Herkunftsländer in Deutschland, unabhängig von ihrer nationalen und/oder ethnischen Herkunft sei, dass Krankheit „nicht durch Erreger verursacht wird, und der Mensch, wenn er krank ist, ist er deswegen krank, weil entweder eine Ahnen, eine Ahnin unzufrieden ist, oder durch Neid, oder Hexerei“ (ebd.: 3).

Um das „gestörte Verhältnis“ (ebd.: 3) wiederherzustellen, müssen ihrer Erfahrung nach „diese Rituale in der traditionellen afrikanischen Medizin“ (ebd.: 3) durchgeführt werden. Rosny expliziert diesbezüglich den Begriff der „traditionellen afrikanischen Medizin“ in seinen Ausführungen zu Gesundheitsvorstellungen in Kamerun:

„Unter Heilung muß man die Rückkehr zur Gesundheit im weitesten und im traditionellen Sinn verstehen, nämlich die Rückkehr zur gesellschaftlichen Eintracht wie zum körperlichen Wohlbefinden, zum Sichwohlfühlen unter den Augen Gottes. Heilen heißt, die verlorene Harmonie wieder finden“ (Rosny 2002: 137).

Er beschreibt den Prozess, durch den die verlorene soziale Harmonie wiederhergestellt werden könne:

„ein Unglück tritt ein; die Opfer und ihre Umgebung suchen nach dem Schuldigen (dem Schadenzauberer); sie suchen bei einer dritten Person (dem Gegenzauberer) um Hilfe nach; seine Funktion besteht darin, die zu ergreifende Maßnahme den jeweiligen Umständen anzupassen. Sind die Schuldigen entdeckt, schreitet man zu ihrer Bestrafung und zur Versöhnung. Im besten aller Fälle heißt dies: provisorische Rückkehr zur Ordnung und Wiederherstellung der Gesundheit“ (ebd.: 113).

⁶⁶ Der Begriff ‚Punitivmedizin‘ leitet sich aus dem Lateinischen ab und bedeutet übersetzt ‚Strafmedizin‘. Er spiegelt die Vorstellung wider, dass Menschen mit Krankheiten und Unglück für ihre Vergehen im gesellschaftlichen sowie im spirituellen Kontext (beispielsweise Tabu-Übertretungen) bestraft werden. Die jeweilige Krankheit entsteht dieser Vorstellung entsprechend nicht zufällig, sondern wird von Naturgeistern, AhnInnen, aber auch böswilligen Menschen im unmittelbaren sozialen Umfeld als Strafe und/oder Rache ‚geschickt‘ (vgl. Wolf; Stürzer 1996: IX).

Die von mir befragten ExpertInnen berichten von Einzelfällen, in denen afrikanische MigrantInnen zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit sogar in ihre Herkunftsländer zurück gereist seien. Dr. Nzimegne-Gölz erzählt im Interview,

*„dass wir Menschen hier [in der Praxis; J. B.] haben, die nach der Diagnosestellung nach Afrika fliegen dann, weil sie hoffen, [dass; J. B.] die Erkrankung ist natürlich nicht durch Erreger, sondern das ist durch einen Ahnen, der ist unzufrieden mit ihnen, oder der Onkel ist böse, oder der Nachbar will ihnen schlecht [verursacht wurde; J. B.] – und so immer. Und dann wird eben diese Rituale gemacht (...) mit traditionellen Ritualen gemacht, um – diese Menschen zu **heilen**, ja“ (Nzimegne-Gölz 2003/III: 3).*

Insbesondere, wenn die Behandlung der eigenen Gesundheit in Deutschland erfolglos war, bestehe in den Vorstellungen dieser PatientInnen die Hoffnung, im Herkunftsland wieder gesund zu werden. Frau Wangare-Greiner schildert Ähnliches: *„Da gibt es sehr sehr viele Leute, die fliegen nach Hause. Die fliegen nach Hause, um diese traditionelle Versöhnung mit Ahnen... dieses Traditionelle. Wenn es die Ärzte hier nicht geschafft haben, fliegt man nach Hause“ (Wangare-Greiner 2003/I: 3).*

Doch nicht in allen Fällen könne eine Heilung der gesundheitlichen Beschwerden durch die Behandlung im Herkunftsland gewährleistet werden. Diesbezüglich weiß Dr. Dei-Anang von einem Fall aus seiner Praxis zu berichten, in dem ein ghanaischer Patient zunächst *„nach **Ghana** gegangen [ist; J. B.], und hat sich dort behandeln lassen, vom Mediziner. (...) Und der war dort, 6 Monate, nee 3 Monate, und kam zurück und war überrascht, dass das nicht besser geworden ist.“ (Dei-Anang 2003/II: 6).* Die Hoffnungen dieses Patienten auf Heilung durch spirituell-magische Praktiken wurden nicht erfüllt, weshalb er sich in der Folge in Deutschland von naturwissenschaftlich orientierten MedizinerInnen erneut behandeln ließ.

Innerhalb der Interviews mit meinen GesprächspartnerInnen ermöglichten nur gezielte Nachfragen den Zugang zu einer spirituellen Dimension, im Gegensatz zu der Befragung der religiösen Dimension (vgl. Kapitel 3.4.2.5) von Gesundheit. Es scheint ein sehr ambivalentes Thema zu sein. So berichten alle davon, dass die Vorstellungen von einer spirituellen Beeinflussbarkeit der Gesundheit in ihren Herkunftsländern prinzipiell existieren: Eine regionale Unterscheidung wird zwischen ‚ländlichen Gebieten‘ und ‚Stadt‘ vorgenommen: *„Es gibt solche Sachen [Beeinflussung durch Magie und Zaube-*

rei; J.B.] in den Dörfern. In der Hauptstadt ist das selten“ (Marie 2003/6: 16, vgl. auch Francois 2003/1: 7, auch Gérome 2003/3: 19).

Auf meine Frage, ob meine InterviewpartnerInnen bereits ähnliche Erfahrungen mit magischen Kräften im Zusammenhang mit gesundheitlichen Beschwerden in Deutschland gemacht haben, erhalte ich ebenfalls ambivalente Aussagen: Einerseits wird es verneint, dass ‚sowas‘ in Deutschland passieren könne: *„Bei uns gibt es so was noch. Aber hier in Deutschland gibt es nicht, klar. Vielleicht, ich weiß nicht“ (Francois 2003/1: 7).* Sophie äußert sich ebenso: *„Also das ist mehr in Afrika. Mit Glauben und Hexen. Ich denke hier, hier sprechen die Leute nicht von Hexen, oder? Gibt es keinen Fluch. Ich weiß nicht“ (Sophie 2003/5: 28).* Andererseits werden ‚solche Fälle‘ auch aus Deutschland berichtet: *„Hier? Hier bislang nicht. Aber in Afrika. Hier in Deutschland, mit übernatürlichen Kräften? Ob sie das hier haben? Ich weiß nicht, ja obwohl. Ein Freund von mir. Ein Schüler. Der [lacht], der ist Magier. Der macht Magie und so was, ja“ (Diamba 2003/7: 18).* Marie erzählt mit sogar von einem Vorfall aus ihrem entfernten Bekanntenkreis, bei dem ein Fluch als die Beschwerdeursache angenommen wurde:

„Der sollte sein Studium abbrechen, er konnte nicht mehr studieren und er ist nach Hause gegangen. (...) Der war wie eine, er ist Narr geworden, un fou. Einfach so. Kannst du dir das vorstellen? Der war echt gesund, der hatte keine Probleme und, so auf einmal. (...). Er hat nicht mehr gesprochen und nicht mehr geduscht und die Haare waren so und immer laut gesprochen...und das war schrecklich. (...) Ja, alleine gesprochen, die ganze Zeit und dann haben sie gesagt, es geht nicht. Sie haben die Familie angerufen und ihn dann nach Hause geschickt“ (Marie 2003/6: 17).

Auch in diesem Fall sei einen Rückkehr ins Heimatland notwendig gewesen, um die Heilung der Beschwerden zu ermöglichen. Marie erzählt mir von dem Vorkommnis sehr bestürzt, was ich als Zeichen dafür interpretiere, dass sie an die Wirksamkeit magischer Beeinflussung der eigenen Gesundheit durch andere Menschen grundsätzlich glaubt, wenn sie sie auch für sich persönlich ablehnt.

In den subjektiven Darstellungen bezüglich der im Herkunftsland angenommenen unterschiedlichen Verbreitung des Phänomens (Stadt-Land-Unterschied) sowie der Vorstellung, dass diese Ursachen für Erkrankungen in Deutschland *eigentlich nicht* möglich sind, aber dennoch von solchen Vorkommnissen *gehört* wurde, wird offensichtlich, dass die Gesundheitsvorstellungen doppeldeutig sein können. Eine generalisierende Stel-

lungnahme zu den Vorstellungen hinsichtlich einer möglichen spirituellen Beeinflussung bei den von mir befragten MigrantInnen ist daher auch von meiner Seite nicht möglich. Ob und in welcher Form die Wirkungskraft magischer Kräfte, Zauberei und Hexerei auf die eigene Gesundheit angenommen wird, ist letztlich eine persönliche ‚Glaubensfrage‘ (vgl. Sophie 2003/5: 28, Christine 2003/9:8). Diese Dimension der Gesundheitsvorstellungen kann weder einschlägig auf die ethnische Herkunft der MigrantInnen zurückgeführt noch pauschal aufgrund ihrer kontinentalen Herkunft vorausgesetzt werden. Ebenso wenig ist der Umkehrschluss möglich, dass MigrantInnen aus städtischen Regionen nicht an die Wirksamkeit magischer Handlungen glauben. Zudem ist zu beachten, dass meine InterviewpartnerInnen ‚wissen‘, dass magische Vorstellungen in Europa oftmals als ‚Aberglaube‘ abgewertet werden und mit ‚Rückständigkeit‘ konnotiert werden können⁶⁷. Marie erklärt mir diesbezüglich, dass sie bei keinem deutschen Arzt Verständnis erwarte, wenn sie als Krankheitsursache ‚übernatürliche‘ nennen würde. Lachend fragt sie mich: *„Wie kann er das verstehen? (...) Ich würde sagen: ‚jemand hat mir etwas Schlechtes gewünscht, deswegen bin ich krank‘ [ironisch, leiser Ton]?“* (Marie 2003/6: 18).

3.5 Alltagskulturelle Kompetenz im Umgang mit Gesundheit: Drei Fallbeispiele

In den vorangegangenen Ausführungen wurde deutlich, woher die von mir zum Thema Gesundheit befragten Personen ihr Wissen um ihre eigene Gesundheit beziehen und worin dieses Wissen jeweils besteht. Ich konnte feststellen, dass alle Interviewten mehr oder minder die Erhaltung ihrer Gesundheit durch ihre insgesamt Lebenseinstellung, aber auch durch zielgerichtetes Handeln, anstreben. Die direkte Einflussnahme auf die eigene Gesundheit ist dabei sehr von Erfahrungen aus den Herkunftsländern abhängig. Ein überindividuelles und von der Nationalität unabhängiges Element der Gesundheitsbehandlung betrifft die Behandlung mit pflanzlichen Heilmitteln. Die Umsetzung dieser speziellen Erfahrungen im deutschen Alltag wird im Folgenden als ‚alltagskulturelle Kompetenz‘ bezeichnet. An drei Fallbeispielen meiner InterviewpartnerInnen spezifi-

⁶⁷ Janheinz Jahn stellt hierzu fest: „Keine Seite der afrikanischen Kultur hat Europäer und Amerikaner immer wieder derart abgestoßen wie die sogenannten Zaubersprachen. In ihnen, so glaubte und glaubt man, konzentrierte sich aller <<Aberglauben>>, bewiese sich die Rückständigkeit Afrikas“ (Jahn 1995: 137).

ziere ich, wie unterschiedlich diese alltagskulturelle Kompetenz von den Personen wahrgenommen wird und worin ihre Umsetzung besteht.

In den Aussagen von Francois, Oko und Sophie wird der Bezug zur Praktiken der Herbalmedizin deutlich. Alle drei Personen bevorzugen eine medizinische Behandlung mit pflanzlichen Mitteln aufgrund schlechter Erfahrungen mit anderen Medikamenten oder einer inneren Überzeugung. Dies kann einerseits als eine ‚individuelle Präferenz‘ interpretiert werden, gleichzeitig kann es aber auch auf Erfahrungen, die möglicherweise kollektiv in den Herkunftsländern gemacht wurden, verweisen. Die Expertin Wangare-Greiner begründet den starken Bezug zur Herbalmedizin damit, dass diese Behandlungsmethode in ‚den afrikanischen Herkunftsländern‘ weit verbreitet ist: *„Ja, das andere ist, wenn ich in Afrika lebe, habe ich viele Möglichkeiten bevor ich überhaupt zu westlichen Ärzten gehe. Ich habe meinen eigenen Garten, ich bin vertraut mit den Kräutern die vorhanden sind, oder mit den Wurzeln die heilend sind“* (Wangare-Greiner 2003/I: 2). Auch Dr. Nzimegne-Gölz bezieht sich auf eine *„traditionelle Medizin. Die ihnen auch vertraut ist schon“* (Nzimegne-Gölz 2003/III: 2) und mit der afrikanische MigrantInnen in ihren Herkunftsländern bereits positive Erfahrungen, also *„auch ihre Erfolge“* (ebd.: 2) hatten:

„Also d. h. die meisten Menschen auf dieser Welt haben Zugang zu traditioneller Medizin, aber haben keinen Zugang zur westlichen Medizin. Kommen wir jetzt wieder auf Afrika zurück. Die Menschen die in Afrika leben haben natürlich Erfahrungen mit den beiden Medizinen. Aber – dadurch dass sie viel schneller zur traditionellen Medizin gehen können, weil sie viel mehr Zugang dazu haben – im ländlichen Bereich überwiegen sie. Es gibt ländersweise und auf dörflicher Ebene manchmal überhaupt kein Krankenhaus. Ja. Der Medizinmann ist der Ansprechpartner. Also – die haben viel mehr Erfahrungen damit und ihr Verständnis von Krankheit und Gesundheit ist ganz anders als die von Europäern“ (ebd.: 2f.).

Dr. Nzimegne-Gölz betont, dass die Erfahrungen mit herbal-medizinischen Praktiken, als *„traditionelle“* Medizin bezeichnet, im Lebensalltag in den Herkunftsländern überwiegen und daher dort als Behandlungsmethode bevorzugt werden. Im ersten Fallbeispiel von Francois wird diesbezüglich bestätigt, dass er Praktiken der Herbalmedizin bevorzugt. Innerhalb der deutschen professionellen medizinischen Behandlung kann er jedoch seiner Ansicht nach diese medizinische Therapie nicht in Anspruch nehmen und muss daher auf seine internen gesundheitsrelevanten Aktivitäten zurückgreifen, um seine Gesundheit zu erhalten.

3.5.1 Francois: Die fehlende Alternative

Anhand des Beispiels von Francois wird der Aspekt deutlich, dass die in den afrikanischen Herkunftsländern gemachten positiven Erfahrungen mit gewohnten Heilmethoden der Herbalmedizin im deutschen Migrationsalltag nur schwierig umzusetzen sind.

Francois schildert mir, dass er in Deutschland *„ein bisschen Angst am Anfang hatte, zum Arzt zu gehen. Wird er verstehen, was ich meine?“* (Francois 2003/1: 10). Bereits in *„meinem Land [Kamerun; J. B.]“* (ebd.: 10) habe er *„Angst, bevor ich zum Krankenhaus gehe oder zum Arzt. Deswegen behandle ich lieber mit Pflanzen“* (ebd.: 2). Doch in Deutschland gibt es bei gesundheitlichen Beschwerden seines Erachtens *„nur einen Weg: Man muss entweder zum Arzt oder zum Krankenhaus. Es gibt nur einen Weg, anders geht es nicht“* (ebd.: 3). Die *„Médécine traditionnelle, (...) die Leute, die zum Beispiel mit Pflanzen die Leute behandeln (...) ist hier [in Deutschland; J. B.] nicht sehr entwickelt“* (ebd.: 3). Seit den 4 Jahren Aufenthalt in Deutschland hat er für sich nicht die Möglichkeit gefunden, sich bei Krankheitsbeschwerden mit pflanzlichen Mitteln zu behandeln, so wie er es bisher in Kamerun praktizieren konnte:

„Und eigentlich, gibt es auch nicht. Die meisten Pflanzen hier sind immer Blumen oder so. Aber eigentlich Pflanzen, mit denen man auch behandelt, findet man auch eigentlich nicht hier in Deutschland“ (ebd.: 3). Lediglich einmal habe er eine Pflanze, die er in Kamerun zur Behandlung von Bauchschmerzen verwenden konnte in Deutschland gesehen, war sich jedoch unsicher, ob es sich tatsächlich um die ihm aus Kamerun bekannte Art handele:

„Aber ich habe hier einmal eine Pflanze gesehen. Hier in Deutschland. Einmal. Das war in... vorerst hier in Mainz. Mit dieser Pflanze haben wir zu Hause immer Bauchschmerzen behandelt. Ja, die ist auch hier. Das heißt Aloes [Liliengewächs; J. B.]. (...) Diese Pflanze. Aloes. Aloe Vera. Sehr wichtig. Damit habe ich mich immer bei Bauchschmerzen behandelt. (...) Ich habe das einmal hier gesehen. Aber... ich wollte kaufen... ich war nicht sicher, das es genau die richtige, wie in meinem Land ist. Ich war nicht sicher, dass es genau die gleiche Einwirkung gibt, wie in meinem Land. Aber das war schon klein, aber in meinem Land manchmal ist ein bisschen groß“ (ebd.: 14).

Auf meine Nachfragen, ob er die Möglichkeit in Erwägung gezogen habe, sich auch in Deutschland durch medizinische ExpertInnen der Naturheilkunde (beispielsweise HomöopathInnen oder HeilpraktikerInnen) behandeln zu lassen, verneint er:

„Hhmm. Ich habe noch nicht gefragt. Ich habe noch nicht daran gedacht, dass er [Arzt; J. B.] mir vielleicht was anderes gibt. Vielleicht nächstes Mal werde ich probieren, das zu fragen. Aber diese Idee habe ich nicht gehabt. Ich habe gedacht, dass es andere Möglichkeiten außer Tabletten nicht gibt. Deswegen habe ich auch nicht gefragt“ (ebd.: 11).

Auch auf die Frage, ob er vielleicht über Freunde und Bekannte im afrikanischen Freundeskreis die Möglichkeit habe, sich auch in Deutschland ‚traditionell‘ mit pflanzlichen Mitteln behandeln zu lassen, antwortet Francois negativ: *„Noch nicht gehört, ich habe das noch nicht gehört. Ich kenne niemanden aus meinem Land, die sich auf diesem Weg behandelt haben. (...) Ich kenne niemand. Sonst hätte ich das auch gemacht“ (ebd.: 14).*

Francois macht in seinen Aussagen deutlich, dass er aufgrund der mangelnden alternativen Behandlungsmethoden durch professionelle MedizinerInnen darum bemüht ist, nach Möglichkeit nur selten Arztpraxen aufzusuchen. Stattdessen versucht er, sich durch sportliche Betätigung bereits im Vorfeld gesund zu erhalten, und auch im akuten Krankheitsfall berichtet er mir:

„ich mache erstmal Sport. (...) Aber in Kamerun konnte ich einige Pflanzen nehmen, die ich kannte“ (ebd.: 10). Hier in Deutschland hingegen kann er nicht auf diese Möglichkeit zurückgreifen und wartet den Verlauf der Krankheit zunächst ab, bevor er die ihm von ÄrztInnen verschriebenen Medikamente einnimmt:

„Ich war beim Arzt einmal, sie hat mir das vorgeschrieben [Aspirin verschrieben; J. B.]. Aber später war meine Krankheit von alleine weg. Deswegen habe ich kein Schmerzmittel mehr gebraucht [lacht]. Ich habe das niemals eingenommen. (...) Ich mag keine Tabletten, das ist klar. Ich mag keine Tabletten“ (ebd.: 12).

Eine alternative Behandlungsmethode mit pflanzlichen Mitteln würde Francois laut seinen Aussagen auch in Deutschland gerne in Anspruch nehmen.

Der Experte Dr. Dei-Anang ist jedoch davon überzeugt, dass afrikanische PatientInnen einer medizinischen Beratung durch deutsche HomöopathInnen oder HeilpraktikerInnen nicht vertrauen würden: *„Ich kenne eine Menge Homöopathen, ich kenne auch Herbal-Mediziner, also die auch Schulmedizin studiert haben, aber ich habe noch nie gehört, dass irgendwelche Landsleute dahin gingen“ (Dei-Anang 2003/II: 12).* Seiner Meinung

nach sind die Behandlungsmethoden in den Vorstellungen afrikanischer MigrantInnen auf ihren kontinentalen Kontext fixiert: „*Wenn in Europa, dann Chemie. Oder Herbes – dann aber in Afrika*“ (ebd.: 12). Als Begründung seiner Vermutung, dass afrikanische PatientInnen professionelle HerbalmedizinerInnen in Deutschland ablehnen würden, führt er das spezielle Wissen der afrikanischen HerbalmedizinerInnen an, welches sie als GeheimnisträgerInnen auszeichnet:

*„Die können es nicht so gut wie wir, heißt es. Die können es nicht können. Wieso? (...) Er [Herbalist; J. B.] kennt die Geheimnisse der Blätter, aber der Europäer, hat der jemals ein Blatt in der Hand gehabt? Der kann doch seine Medikamente aus seiner Apotheke nehmen, die Homöopathie ist ja vom **Reformhaus** – also es kann gar nicht **echt** sein, warum soll ich dann dahin gehen? (...) Die haben doch gar nicht alle Pflanzen, **hier** doch nicht. Diese Pflanzen die da im Garten wachsen, die sind doch nix. Die Pflanzen, die heilen, die sind im Busch. Das sind **Geheimnisse**, ja. Die wachsen nicht so an der Straße, wie in Deutschland“ (ebd.: 12f.).*

Laut Dr. Dei-Anang würden sich afrikanische MigrantInnen somit aufgrund von mangelndem Vertrauen in Deutschland nicht von HerbalpraktikerInnen auf professioneller Ebene behandeln lassen. Eine selbständige, individuelle Behandlung durch pflanzliche Mittel bei gesundheitlichen Beschwerden kann jedoch durchaus erfolgen, wie anhand des zweiten Fallbeispiels gezeigt wird.

3.5.2 *Oko: Eigenbehandlung mit Herbalmedizin in Deutschland*

Oko lebt erst seit einem Jahr in Deutschland und hat aufgrund eines erfolgreichen operativen Eingriffs in Deutschland bereits positive Erfahrungen mit naturwissenschaftlich orientierter medizinischer Praxis machen können. Dennoch bevorzugt er die ihm aus Ghana bekannten Heilmethoden. Hierbei handelt es sich speziell um eine häufig praktizierte Eigenbehandlung durch Darm-Einläufe mit abführend wirkenden Kräutermischungen. Fink bezeichnet diese Behandlungsmethode als festen Bestandteil alltäglicher Körperhygiene in Ghana. Sie führt diese alltägliche ‚Reinigung‘ auf die Vorstellung zurück, dass gestörte Verdauung, Verstopfung und ‚dreckiges Blut‘ zu Krankheiten führen kann. Die Methode der Einläufe (häufig auch mit scharfen Gewürzen wie rotem Pfeffer) wird laut Fink von ghanaischen Müttern bereits bei Säuglingen angewendet. Im Erwachsenenalter wird diese Form der Gesundheitstherapie von professionellen Herba-

listInnen verordnet, aber auch als laienmedizinische Eigenbehandlung angewendet (vgl. Fink 1990: 225f.). Die Expertin Dr. Nzimegne-Gölz berichtet ebenfalls von der Behandlungsmethode der ‚reinigenden‘ Einläufe, die in vielen Regionen Afrikas von HerbalpraktikerInnen angeordnet werden:

„Diese Medizinmänner machen es oft, dass sie dann sagen: ‚o. k. das muss gereinigt werden‘... die geben dann irgendwas, das der Mensch entweder durch Durchfälle – es kommt ganz viel raus. Ja. Und dann sagen sie ‚je mehr da raus kommt, je mehr der Mensch dabei leidet, desto besser ist es‘ – weil d. h.: jetzt muss es raus“ (Nzimegne-Gölz 2003/III: 9).

Oko bestätigt, dass die Behandlung durch Einläufe in Ghana üblich sei, da dadurch gesundheitsschädigender Schleim⁶⁸ aus dem Inneren des Körpers abgeführt wird:

“Yah, this is one thing, we are very careful about in Africa. Especially in Ghana. This phlegms [Schleime; J. B.]... here [bei deutschen ÄrztInnen; J. B.] they only know phlegm from the mouth or from the nose, but it can also come from the anus. You see” (Oko 2003/8: 8).

Die Schleime, die in Okos Vorstellung für bestimmte Erkrankungen *“for example, (...) waist-pains”* (ebd.: 9) verantwortlich sind, werden durch den Einlauf mit speziellen Kräutern und Heilpflanzen ausgeschieden und die Krankheitsursache gilt somit als ‚entfernt‘, die betroffene Person ist geheilt: *„And than you shit these phlegms. And than you feel o. k.“* (ebd.: 9). Die notwendige Vorgehensweise bei der Behandlung kennt Oko aus seinen Erfahrungen aus Ghana: *“Some – yeah, some medicine I know myself. Yes, she... you see our mothers they use herbs, when we were very young, she used the pumps [Einlauf; J. B.]”* (ebd.: 13). Auch bei anderen ghanaischen Müttern seien Einläufe mit herbalen Substanzen durchaus üblich: *„Well you see, our mothers they are using these herbs for nursering their children. We have, when we are sick, we only go to backyard, collect some leaves and than pump“* (ebd.: 16). Die einzelnen Pflanzen, die für die Einläufe verwendet werden, konnte Oko bislang ebenfalls eigenständig in Ghana sammeln: *“From the forest, from the bushes. Some are leaves, and some are also from*

⁶⁸ Oko macht seine Körpersäfte, den Schleim, für diverse gesundheitliche Beschwerden verantwortlich: Zum einen führe er zu einem schmerzhaften Gefühl in den Knochen, insbesondere der Hüftregion, zum anderen könne er auch die Ursache für Impotenz sein (vgl. Oko 2003/8: 8, auch ebd.: 13). Okos Schilderungen ähneln der aus der Antike stammenden Vorstellung des ‚Säftegleichgewichts‘ im menschlichen Körper. In der Vorstellung der Humoralmedizin ist Gesundheit ein Zustand, bei dem sich die Körpersäfte im Gleichgewicht befinden. Das eigene Leben entspricht dabei einem konstanten Wechsel zwischen Organismus und Umwelt, innerhalb dessen ein Gleichgewicht gefunden werden muss. Krankheit ist in dieser Vorstellung gleichzusetzen mit einer Störung des Gleichgewichts oder mangelnder Harmonie (vgl. Wolf; Stürzer 1996: VIII).

the back of the trees” (ebd.: 13). Auch die Zubereitung der Substanzen sind ihm aus seinen bisherigen Erfahrungen geläufig: *„Than, you put the things together, you dry it, than you grind it. That’s all” (ebd.: 13).*

Die HerbalistInnen empfehlen laut Oko, die Behandlung durch einen Einlauf mit pflanzlichen Substanzen mindestens einmal im Jahr zu praktizieren. Den Zeitpunkt für die Anwendung des Einlaufs legt Oko jedoch individuell, seiner Befindlichkeit entsprechend fest. Er ‚fühlt‘ es, wenn ihm die Anwendung notwendig erscheint:

*“I feel it in the bones. And than I grind it and pump. One hour later, than I feel shit again. And this time it is only the phlegms that are coming. And than another one hour, you have the phlegms. So I can go to toilet at about 4 times, 5 times sometimes, and only **phlegms** are coming. So the first is only the shit and than – that’s all. All the rest which are coming, it’s only phlegms, no shit. (...) And it blocks, so that the shit is not free in this entrance. See... and this causes this pain. So if this is removed and the road is o. k. [lächelt]” (ebd.: 15)*

Hier in Deutschland habe er bislang noch nicht davon gehört, dass deutsche ÄrztInnen diese Behandlungsmethode anwenden: *„And here the doctors, they don’t know“ (ebd.: 8).* Auch sind seines Wissens die dafür erforderlichen pflanzlichen Substanzen in Deutschland nicht vorhanden:

“I asked some few friends which... o. k. some stay, for example one guy he stayed for let’s say about 12 years, very much. If he needs some herbs, he has to send it from Ghana. He can’t put it up here. And than the leaves. You see, the leaves are also different. Only the grass – which, some of the grass, they are the same. But the trees, the leaves, the bush – everything is different. So I cannot find these herbs” (ebd.: 35).

Um sich dennoch mit dieser Behandlungsmethode auch in Deutschland gesund zu erhalten, lässt sich Oko die notwendigen Substanzen aus Ghana per Post zuschicken:

“Yah [lacht]. Because I... you see, I think about my health – and than I realise, If I am not fine, I have to use this medicine. It is back. (...) Yah, which I don’t find. So I always try to ... get some, someone who is going [to Ghana; J. B.], and in this case I didn’t know someone, who is going, that’s why I asked to send it to me [lacht]” (ebd.: 35).

Oko wendet die ihm vertraute Methode der Einlaufbehandlung nun auch in Deutschland an und fühlt sich daher in der Lage, seine bisherigen gesundheitsrelevanten Handlungen weiterhin zu praktizieren. Da er laut seinen Aussagen, ebenso wie Francois, keine Möglichkeit in Deutschland gefunden hat, sich ‚wie in Ghana‘ eigenständig zu behandeln, lässt er die dafür notwendigen Kräuter aus Ghana kommen. Seine Erfahrungen im Um-

gang mit der eigenen Gesundheit versucht Oke somit in direkter Form auch im deutschen Alltag umzusetzen und ist damit, wie er mir im Interview berichtet, sehr zufrieden. Im Gegensatz zu Francois und Oke erscheint es Sophie, wenn auch in modifizierter Form möglich, pflanzliche Heilmittel in Deutschland zu erwerben. Die folgenden Ausführungen verdeutlichen ihren alltagskulturellen Umgang mit pflanzlichen Tees, die sie zur Erhaltung ihrer Gesundheit einnimmt.

3.5.3 Sophie: Die modifizierte Variante der Eigenbehandlung

Auch Sophie schildert mir ebenso wie Oke, dass sie eine Möglichkeit in Deutschland gefunden habe, ihre gesundheitlichen Beschwerden selbständig zu therapieren, ohne ärztlich verschriebene, chemische Medikamente einnehmen zu müssen.

Seit 6 Jahren lebt sie in Deutschland. Sie geht „*nicht sofort zum Arzt*“ (Sophie 2003/5: 23) und bezeichnet diese Vorgehensweise als „*mein Prinzip von zu Hause*“ (ebd.: 23).

Sie wendet zur Prävention von Erkrankungen und im akuten Krankheitsfall Heilkräutertees aus der Apotheke oder Drogerie an, da sie chemische Medikamente in Tablettenform nur bei bestimmten Krankheitssymptomen einnimmt (beispielsweise Kreuzschmerzen, vgl. ebd.: 23). Erst bei ‚kritischen‘ gesundheitlichen Beschwerden, „*wenn das sehr sehr ernst ist, dann muss ich doch zum Arzt. Ich denke, von der Vorstellung her, ist das so geblieben*“ (ebd.: 20).

Sie stellt die medizinische Kompetenz der ÄrztInnen jedoch gleichzeitig in Frage, insbesondere aufgrund ihrer persönlichen Erfahrungen mit falschen Medikationsangaben, die sich sehr negativ auf ihr seit Jahren vorhandenes Magengeschwür ausgewirkt haben (vgl. Zitat von Sophie Kapitel 3.3.1 der Arbeit, Sophie 2003/5:26). Seit dieser Zeit habe sie Bedenken bezüglich möglichen, ihr unbekannten Nebenwirkungen von Tabletten und meint daher alternativ: „*Da sollte man anfangen mit solchen Tees*“ (ebd.: 26). Sie habe in Deutschland Heilkräutertees als Behandlungsmöglichkeit „*entdeckt*“ (ebd.: 26):

„*Diese Pflanzen sind sehr gut. Verstehst du? Guck mal, sie sind so [zeigt auf ihr Küchenregal, worauf ca. 4 Packungen SIDROGA-Heiltees stehen] – guck mal hier, Erkältungstee. Ich kann das nehmen und ich fühle mich gut. Ich kann das überall kaufen. Das ist genauso wie in Afrika, aber bei uns ist es nicht so kommerziell. Weil sie haben das hier schöner gemacht [meint die Verpackungen der Kräutertees; J. B.]*“ (ebd.: 7).

Die Heilkräutertees kann sie „überall kaufen“ (ebd.: 7) und bei unterschiedlichen gesundheitlichen Beschwerden anwenden:

„Und ich habe mich gefreut, als ich das entdeckt habe. Weil hier gibt es verschiedene für Husten, für Schlafen, Nerven-Schlafen-Tee, für Bronchialien, sogar Magen-Darm-Tee. Habe ich alles hier geguckt und habe es hier dann gefunden [klatscht in die Hände]. Dann auch mein Problem war gelöst“ (ebd.: 26).

Zwar handelt es sich bei den deutschen Heilkräutern nicht um die Heilpflanzen, deren Wirkung sie aus Côte d’Ivoire und Burkina Faso kennt, „hier in Deutschland, wir haben die Pflanzen nicht. Ich weiß nicht, ob ich das überhaupt finden kann“ (ebd.: 7), dennoch habe sie mit den Kräutertee-Mischungen „ein bisschen Afrika in Deutschland gefunden“ (ebd.: 26), wie sie mir lächelnd erzählt:

*„Du siehst: ‚das ist eine Mischung von Pflanzen‘. Du weißt ‚wenn ich das nehme, werde ich nicht mehr erkältet sein‘. Das ist genauso, vom Prinzip her, das ist genauso wie bei mir. Z. B. anstatt zum Arzt zu gehen, ich kaufe mir das lieber [meint Kräutertees; J. B.]. Weil ich mag diese Medikamente nicht. Es sind **Chemikalien** drin. Aber das – das ist mehr... bio, von der Natur. Und ich finde ist besser. Und ich kaufe immer diese Tees – und das ist vom Prinzip her dasselbe wie in Afrika“ (ebd.: 8).*

Sophie ist es, laut ihren Erzählungen möglich, die in ihrem Herkunftsland gemachten positiven Erfahrungen im Umgang mit ihrer Gesundheit auch im deutschen Alltag zu praktizieren. Da sie, wie auch in den beiden vorangegangenen Fallbeispielen deutlich wurde, keinen direkten Zugang zu den ihr bekannten pflanzlichen Heilmitteln hat, modifiziert sie ihr „Prinzip“ (ebd.: 8) aus Burkina Faso und Côte d’Ivoire und orientiert sich an den gesundheitsrelevanten Möglichkeiten, die auch von der deutschen Bevölkerung in Anspruch genommen werden: „Was mit dieser Medizin, was diese medizinischen Sachen [Behandlungsmöglichkeit durch pflanzliche Mittel; J. B.] betrifft. Ich habe das auch bemerkt, dass die Leute [in Deutschland; J. B.] das auch verwenden“ (ebd.: 26).

Ihr im Herkunftsland angeeignetes medizinisches Wissen um die gesundheitliche Wirkkraft von pflanzlichen Mitteln kann Sophie bezogen auf den deutschen Kontext umwandeln. Darin unterscheidet sie sich von Francois und Oko, die zwar die heilende Wirkung von Pflanzen und Kräutern ebenfalls kennen und als Behandlungsmethode bevorzugen, sie jedoch in Deutschland nicht in der gewohnten Weise umsetzen können. Oko behilft sich, indem er sich die ihm bekannten Substanzen aus seinem Herkunftsland

Ghana schicken lässt und somit eine Eigenbehandlung möglich wird. Francois verzichtet hingegen völlig auf eine Behandlung mit herbalen Mitteln und versucht aus diesem Grund möglichst selten zum Arzt zu gehen und sich auf anderem Weg, beispielsweise durch sportliche Aktivitäten, gesund zu erhalten. Abschließend bleibt festzustellen, dass keine der drei zitierten Personen eine Möglichkeit sieht, auf professioneller Ebene mit Herbalmedizin behandelt zu werden. Um dieses ‚Prinzip von zu Hause‘ dennoch anwenden zu können, finden sie individuell unterschiedliche Wege der Eigenbehandlung im deutschen Migrationsalltag.

4. Fazit

Die Darstellung der Interviewergebnisse konnte zeigen, dass die Gesundheitsvorstellungen der befragten MigrantInnen vom Umgang und den Erfahrungen, die in den bisherigen Herkunftsländern gewonnen wurden, beeinflusst werden. Die von mir interviewten Personen bezogen sich in ihren Ausführungen in Kapitel 3.3 diesbezüglich auf drei primäre Quellen. Sie sprachen die Konsultation von professionell arbeitenden Akteuren an, nannten die Familien als wichtigen Ursprung für ihr Wissen und erzählten von ihren eigenen, im Laufe des Lebens gewonnenen Erkenntnissen über ihre Gesundheit.

Überindividuell berichteten sie davon, dass Vertrauen in die TrägerInnen des Gesundheitswissens eine Grundvoraussetzung sei, um Behandlungsmethoden als wirksam zu empfinden. Das gesundheitsrelevante Wissen der befragten MigrantInnen kann dementsprechend als ‚personengebunden‘ bezeichnet werden.

Diese Verknüpfung des Gesundheitswissens mit speziellen Personen aus dem sozialen Umfeld wurde besonders in den Ausführungen über familiäre Gesundheitspraktiken deutlich. Hierbei wurden in erster Linie die eigenen Mütter und nahe Verwandte als die VermittlerInnen von Gesundheitspraktiken erwähnt⁶⁹. Die innerhalb des Familienverbandes angewendeten Methoden, um Gesundheit zu erhalten und im Krankheitsfall wieder zu erlangen, beziehen sich auf die Einnahme von Medikamenten, die ohne ärzt-

⁶⁹ Auch bezüglich der Präventionsmöglichkeiten von HIV- und AIDS-Infektionen äußern sich Muluneh und Wawaka aufgrund der Ergebnisse eines Workshops dahingehend, dass die Elterngeneration der MigrantInnen der Schlüssel zu einem neuen Gesundheitsbewusstsein sein könne: „Die Eltern müssten sich bewußt sein, daß sie eine Vorbildfunktion zu erfüllen hätten, denn nur so könne eine neue Generation mit einem anderen Bewußtsein entstehen“ (Muluneh; Wawaka 1999: 33).

liches Rezept in den Apotheken der Herkunftsländer erhältlich sind (vgl. auch Muluneh; Wawaka 1999: 32), und Praktiken der Herbalmedizin. Diese Form der Behandlung wurde als bevorzugt geschildert, da den pflanzlichen Mitteln besondere Heilkräfte zugesprochen werden und sie gleichzeitig kostengünstig und leicht erhältlich seien.

Der Rückgriff auf das erlernte Gesundheitswissen der MigrantInnen spielt auch im Migrationskontext eine zentrale Rolle. Um zu erklären, wie die MigrantInnen dem in Kapitel 3.1 erläuterten Spannungsfeld der Migration erfolgreich begegnen und ihre Gesundheit erhalten können, erwies es sich als notwendig, die „individuelle Geschichte“ (Bengel u. a. 1999: 27) der MigrantInnen in Form von Kurzbiographien in Kapitel 3.2 vorzustellen, „weil sich nur in Kenntnis aller Lebensaspekte einer Person die Ressourcen auffinden und fördern lassen, die zur Genesung der Person beitragen können“ (ebd.: 27).

Die Bereiche des deutschen Lebensalltags, die von den befragten MigrantInnen als ihre Gesundheit beeinflussend wahrgenommen wurden, ließen sich in Kapitel 3.4 auf zwei Ebenen, einer internen und einer externen, untergliedern. Entsprechend der unterschiedlichen Ebenen sprachen sie verschiedene Möglichkeiten an, wie die eigene Gesundheit aufrechterhalten werden könne. Auf der internen Ebene, Kapitel 3.4.1, wurden körperliche und emotionale Dimensionen der Gesundheit formuliert, auf die eine direkte Einflussnahme, beispielsweise durch ‚gesunde‘ Ernährung und sportliche Betätigung möglich sei. Die Schilderungen auf der externen Ebene, Kapitel 3.4.2, bezogen sich auf Dimensionen, die von äußeren Faktoren abhängig sind und auf die Gesundheit wirken. Angesprochen wurden in diesem Zusammenhang der Einfluss der Natur, des Wetters, die strukturellen Anforderungen innerhalb des Studiums oder der Arbeit, die Vor- und Nachteile einer staatlichen Krankenversicherung sowie die schützende Kraft Gottes oder krank machende spirituelle Faktoren, deren Ursprung laut den Aussagen der GesprächspartnerInnen zumeist in sozialen Konflikten zu liegen scheinen. Auch auf der externen Ebene wurde von den MigrantInnen in einigen Fällen zumindest die indirekte Kontrolle über die eigene Gesundheit, beispielsweise durch die Vermeidung bestimmter Situationen oder das Gebet, angenommen.

Die von meinen InterviewpartnerInnen veranschaulichten kognitiven Überzeugungen verweisen auf das von Antonovsky postulierte Kohärenzgefühl. Sein salutogenetisch fundiertes Konzept drückt das Maß aus,

„in dem man ein durchdringendes, andauerndes aber dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß die eigene interne und externe Umwelt vorhersagbar ist und daß es eine hohe Wahrscheinlichkeit gibt, daß sich die Dinge so entwickeln werden, wie es vernünftigerweise erwartet werden kann“ (Antonovsky 1997: 16).

Das, mit ihren eigenen Worten formulierte Kohärenzgefühl der MigrantInnen, ist entscheidend dafür, ob Situationen und Ereignisse als gesundheitlich gefährdend oder positiv wahrgenommen werden und inwiefern dementsprechend bewusste gesundheitsrelevante Handlungen durchgeführt werden können. Die derart ‚verstandene‘ Umwelt innerhalb des Migrationskontexts wurde von den befragten Personen auch als ‚handhabbar‘ empfunden und sie fühlten sich weitestgehend „nicht durch Ereignisse in die Opferrolle gedrängt oder vom Leben ungerecht behandelt“ (ebd.: 35).

Der für das Kohärenzgefühl von Antonovsky als eine Art ‚Motor‘ (vgl. ebd.: 35) umschriebene Faktor ‚Bedeutsamkeit‘, zeigte sich in den Aussagen der MigrantInnen insbesondere in den strukturellen Dimensionen des Migrationsalltags. Der ‚Sinn‘ bestimmter Studienordnungen, der aufenthaltsrechtlich festgelegten Arbeitserlaubnis und der Versicherung durch eine staatliche Krankenkasse wurde teilweise hinterfragt und dementsprechend wurden diese Lebensbereiche auch eher als belastend, denn als stärkende Herausforderungen geschildert. Gleichzeitig wurden Kompromisslösungen angesprochen, die ein ‚zufriedenstellendes‘ Leben der MigrantInnen in Deutschland ermöglichen⁷⁰.

Ein weiteres Ergebnis der Interviews ist, dass meine GesprächspartnerInnen oftmals eine direkte Verknüpfung der körperlichen und der emotional-psychischen Dimension von Gesundheit ansprachen. Erneut kann auf Antonovsky verwiesen werden. Er stellt zwischen dem seines Erachtens gesellschaftlich geprägten Konstrukt „Wohlbefinden“ (ebd.: 161), welches er mit den Begriffen Lebenszufriedenheit, Moral und Glücklichein in Verbindung setzt, und der körperlichen Gesundheit eine reziproke Beziehung fest (vgl. ebd.: 162). Darüber hinaus formuliert er einen Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und dem Gefühl des Wohlbefindens, welcher insbesondere in krisenhaften Momenten des Lebens sichtbar werde:

⁷⁰ Marie fand sich beispielsweise mit der ihr vorgegebenen Studienrichtung der Erziehungswissenschaften ab und äußerte ihre zukünftigen Pläne, die sie aufgrund dieses Studienganges habe. Sophie beschaffte sich ihre ‚Zufriedenheit‘ und finanzielle Absicherung durch eine Nebenbeschäftigung am Flughafen und Diamba war es möglich, seinen privaten künstlerischen Tätigkeiten auch als Arbeitsbeschäftigung nachzugehen.

„In diesen Situationen wird die Person mit einem starken SOC [sense of coherence; J. B.] nicht glücklicher oder zufriedener sein als die mit einem schwachen SOC. Aber sie kann das Gefühl haben, daß sie mit den gegebenen Fakten so gut wie möglich umgeht und ihr Leben erträglich gestaltet. Für dieses spezifische Gefühl des Wohlbefindens ist das SOC unmittelbar relevant“ (ebd.: 163).

Die Aussagen der befragten MigrantInnen interpretiere ich insofern als Bestätigung seiner These, als dass sie negative Gefühle als mögliche Ursache körperlicher Beschwerden benennen und umgekehrt davon ausgehen, körperliche Symptome durch positive Gefühle beeinflussen zu können. Situationen, in denen beispielsweise Einsamkeit, Trauer und Unwohlsein auftreten, wurden laut ihren Aussagen nicht nur vermieden, sondern auch zu bewältigen versucht, indem sie auf ihre emotionalen Ressourcen zurückgriffen und sich selbst positiv motivierten⁷¹.

Die Präsentation der exemplarisch zitierten MigrantInnen in Kapitel 3.5 konnte schließlich die kreative Umsetzung des Gesundheitswissens in Deutschland veranschaulichen. Die Aussagen von Francois, Oko und Sophie zeigten, wie sie auf das vermeintlich ‚kulturell‘ bedingte Gesundheitswissen aus den Herkunftsländern zurückgriffen. Die Gemeinsamkeiten im Denken und Handeln der in Deutschland lebenden befragten MigrantInnen basierten auf ihren ähnlichen positiven Erfahrungen im Umgang mit Praktiken der Herbalmedizin. In der Umsetzung dieses, aus den Herkunftsländern gewonnenen Wissens, zeigten sich jedoch Unterschiede individueller Art: Die im deutschen Alltag gegebenen Möglichkeiten wurden nur teilweise als in den bestehenden Wissensbestand integrierbar wahrgenommen. Francois schilderte eindrucksvoll, dass er die Möglichkeit der Behandlung durch ihm bekannte Pflanzen in Deutschland vermisste und ihm keine alternative Handhabung bekannt sei. Um dennoch gesund zu bleiben, vermeide er es bereits im Vorfeld krank zu werden und halte sich durch sportliche Aktivitäten gesund. Okos und Sophies Beispiele hingegen verwiesen auf ein breiteres Umsetzungsspektrum der von ihnen bevorzugten Gesundheitspraktiken. Oko importierte die ihm bekannten pflanzlichen Substanzen, um seine Gesundheit auch in Deutschland in gewohnter Weise

⁷¹ An dieser Stelle möchte ich noch einmal auf das Beispiel Géromes verweisen, der in Kapitel 3.4.1.4 eine emotional sehr belastende Diskriminierungssituation im deutschen Alltag schildert. Seines Erachtens hat diese Art der Belastung keine gesundheitlichen negativen Folgen, was er jedoch weitestgehend darauf zurückführt, dass er solche Situationen emotional erfolgreich bewältigen kann.

selbstständig erhalten zu können und Sophie modifizierte ihre Gesundheitspraktiken, indem sie die für sie in Deutschland erhältlichen Kräutertees verwendete.

Die von Regina Römhild vertretene dynamische Sichtweise auf ‚Kultur‘ als Fähigkeit des Menschen, die in einer „Alltagspraxis“ (Römhild 1998: 20) sichtbar werde, erweist sich somit auch für die Betrachtung gesundheitlicher Phänomene im Migrationskontext als vorteilhaft. Römhild sieht darin eine Fähigkeit, „das Prinzip der Reproduktion des Selbstverständlichen punktuell durchbrechen zu können“ (Römhild 1998: 19). Dies sei die notwendige Voraussetzung für eine erfolgreiche Orientierung innerhalb einer immer komplexer und differenzierter werdenden globalen Wirklichkeit: „Dem Fremden zu begegnen, ist mehr denn je eine alltägliche Erfahrung geworden“ (ebd.: 19) und diese „Erschütterung des Alltäglichen“ (ebd.: 19) beginnt nicht zwangsläufig erst mit dem Migrationsalltag in Deutschland.

Abschließend bleibt festzustellen, dass die befragten MigrantInnen verstärkt von laienmedizinischen Gesundheitspraktiken sprachen. Insbesondere in den Fallbeispielen wurde deutlich, dass sie ihre Gesundheit nur bedingt durch Inanspruchnahme professioneller medizinischer Angebote aufrechterhielten. Die mögliche Ursache dafür können mangelnde Informationen über das Gesundheitswesen in Deutschland sein:

„Das Angebot von Fachärzten mit ihren verschiedenen Zuständigkeiten ist kaum bekannt. Wenn sich ein Afrikaner endlich entschließt, mit beispielsweise einer Geschlechtskrankheit zum Arzt zu gehen, und nacheinander sagen der Augenarzt, der Psychiater und der Orthopäde, sie seien dafür leider nicht zuständig, ist das Vertrauen in das westliche Gesundheitssystem dadurch nicht größer geworden“ (Muluneh; Wawaka 1999: 35).

Ich schließe daher meine Ausführungen mit den Forderungen der ExpertInnen aus dem deutschen Gesundheits- und Sozialwesen, die im Rahmen dieser Arbeit befragt wurden ab. Sie befürworten eine „*individuelle Gesundheitsberatung*“ (Wangare-Greiner 2003/I: 3), für MigrantInnen aus afrikanischen Herkunftsländern, die „*personenbezogen*“ (ebd.: 3) konzeptionalisiert und nicht auf Nationalität und/oder ethnische Herkunft festgelegt sein sollte. Eine auf zwischenmenschlichem Vertrauen basierende Beziehung zu professionellen Akteuren des Gesundheitswesens, eben zu einer „*Kontaktperson*“ (Nzimegne-Gölz 2003/III: 1), stellt auch meines Erachtens den Schlüssel zum Verständnis gesundheitlicher Probleme der MigrantInnen dar.

Literatur

Amirsedghi, Nasrin; Thomas Bleicher (Hrsg.), 1997: *Literatur der Migration*. Mainz.

Antonovsky, Aaron, 1997: *Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche erweiterte Hrsg. von Alexa Franke. Tübingen.

Ardjomandi, Mohamad E.; Ulrich Streeck, 1998: Migration – Trauma und Chance. In: Kiesel, Doron; Hans von Lüpke (Hrsg.): *Vom Wahn und vom Sinn: Krankheitskonzepte in der multikulturellen Gesellschaft*. Frankfurt am Main: 53-69.

Bauch, Jost, 2000: *Medizinsoziologie*. München, Wien.

Bengel, Jürgen (u. a.), 1999: *Was erhält den Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert*. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Köln.

Bestmann, Anja, 1999: *Lateinamerikanische Migrantinnen und die Berliner Gesundheitsversorgung*. In: *Curare* 22, 1: 77-85.

Bichmann, Wolfgang, 1987: Traditionelle Medizin und Basisgesundheitsversorgung – eine ethnomedizinische Perspektive. In: Bös, Berthold; Angelika Wörthmüller (Hrsg.): *Krankheilen? Medizinische Entwicklungshilfe und Verdrängung der traditionellen Heilkunde*. Saarbrücken, Fort Lauderdale: 63-73.

Bichmann, Wolfgang, 1995: Medizinische Systeme Afrikas. In: Pfleiderer, Beatrix (u. a.) (Hrsg.): *Ritual und Heilung: eine Einführung in die Ethnomedizin*. Zweite vollständig überarbeitete und erweiterte Neuauflage. Berlin: 33-65.

Bizimana, Nsekuye, 1988: *Müssen die Afrikaner den Weißen alles nachmachen?* Berlin.

Bollini, Paola, 2000: Die Gesundheit von Migrantinnen in Europa – Perspektiven für 2000. In: David, Matthias (Hrsg.): *Migration – Frauen - Gesundheit: Perspektiven im europäischen Kontext*. Frankfurt am Main: 197-204.

Boos-Nünning, Ursula, 2000: Familien in der Migration - Lebens- und Wohnsituation und Auswirkungen für soziale Versorgungsstrukturen. In: David, Matthias (Hrsg.): *Migration – Frauen - Gesundheit: Perspektiven im europäischen Kontext*. Frankfurt am Main: 13-26.

Bös, Berthold; Angelika Wörthmüller (Hrsg.), 1987: *Krankheilen? Medizinische Entwicklungshilfe und Verdrängung der traditionellen Heilkunde*. Saarbrücken, Fort Lauderdale.

Bös, Berthold; Angelika Wörthmüller, 1987: Krank heilen – Die <<Dritte Welt>> zum Patienten gemacht: Eine Hinleitung. In: Dies. (Hrsg.): *Krankheilen? Medizinische Entwicklungshilfe und Verdrängung der traditionellen Heilkunde*. Saarbrücken, Fort Lauderdale: 11-31.

Collatz, Jürgen, 1985: *Gesundheit für alle: die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik*. Hamburg.

Collatz, Jürgen (u. a.) (Hrsg.), 1992: *Was macht Migranten in Deutschland krank? Zur Problematik von Rassismus und Ausländerfeindlichkeit und von Armutsdiskriminierung in psychosozialer und medizinischer Versorgung*. Hamburg.

Collatz, Jürgen, 1992: Zur Notwendigkeit ethnomedizinischer Orientierungen der psychosozialen Gesundheitsversorgung in Europa. In: Ders. (u. a.) (Hrsg.): *Was macht Migranten in Deutschland krank? Zur Problematik von Rassismus und Ausländerfeindlichkeit und von Armutsdiskriminierung in psychosozialer und medizinischer Versorgung*. Hamburg: 86-95.

Collatz, Jürgen, 2001: Kernprobleme des Krankseins in der Migration – Versorgungsstruktur und ethnozentrische Fixiertheit im Gesundheitswesen. In: David, Matthias (Hrsg.): *Migration und Gesundheit: Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle*. Frankfurt am Main 33-58.

David, Matthias (Hrsg.), 2000: *Migration – Frauen - Gesundheit: Perspektiven im europäischen Kontext*. Frankfurt am Main.

David, Matthias (Hrsg.), 2001: *Migration und Gesundheit: Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle*. Frankfurt am Main.

Demorgon, Jacques; Markus Molz, 1996: Bedingungen und Auswirkungen der Analyse von Kultur(en) und interkulturellen Interaktion. In: Thomas, Alexander (Hrsg.): *Psychologie interkulturellen Handelns*. Göttingen (u. a.): 43-86.

Dericum, Christa, 1997: Migration und Kultur. In: Amirsedghi, Nasrin, Thomas Bleicher (Hrsg.): *Literatur der Migration*. Mainz: 30-33.

Domenig, Dagmar (Hrsg.), 2001: *Professionelle Transkulturelle Pflege: Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe*. Bern (u. a.).

Domenig, Dagmar, 2001: Einführung in die transkulturelle Pflege. In: Dies. (Hrsg.): *Professionelle Transkulturelle Pflege: Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe*. Bern (u. a.): 139-158.

Faltermaier, Toni, 1991: Alltägliche Krisen und Belastungen. In: Flick, Uwe (Hrsg.): *Handbuch qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. München: 305-308.

Faltermaier, Toni (u. a.), 1998: *Gesundheit im Alltag: Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung*. München, Weinheim.

Faltermaier, Toni, 2000: Die Salutogenese als Forschungsprogramm und Praxisperspektive. Anmerkungen zu Stand, Problemen und Entwicklungschancen. In: Wydler, Hans (u. a.) (Hrsg.): *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*. München, Weinheim: 185-196.

Faltermaier, Toni, 2001: Migration und Gesundheit: Fragen und Konzepte aus einer salutogenetischen und gesundheitspsychologischen Perspektive. In: Marschalck, Peter; Karl Heinz Wiedl (Hrsg.): *Migration und Krankheit*. Osnabrück: 93-112.

Fink, Helga E., 1990: *Religion, disease and healing in Ghana. A case study of Traditional Dormaa Medicine*. München.

Flick, Uwe (Hrsg.), 1991: *Handbuch qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. München.

Flüchtlingsrat Berlin (u. a.) (Hrsg.), 1998: *Gefesselte Medizin. Ärztliches Handeln – abhängig von Aufenthaltsrechten?* Berlin.

Garz, Detlef; Klaus Kraimer (Hrsg.), 1991: *Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen*. Opladen.

Geiger, Andreas; Franz Hamburger (Hrsg.), 1984: *Krankheit in der Fremde. Erfahrungen aus der Gesundheitsarbeit mit ausländischen Arbeiterfamilien*. Berlin.

Geiger, Ingrid, 1997: *Macht Fremd-sein krank? Migration und Gesundheit. Eine Projektgruppe stellt sich vor*. In: *Curare* 20, 1: 75-78.

Geiger, Ingrid, 2001: Altern in der Fremde - zukunftsweisende Herausforderungen für Forschung und Versorgung. In: David, Matthias (Hrsg.): *Migration und Gesundheit: Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle*. Frankfurt am Main: 167-185.

Gerber, Uwe; Wilfried von Stünzner, 1999: Entstehung, Entwicklung und Aufgaben der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): *Gesundheitswissenschaften*. Berlin (u. a.): 9-64.

Grottian, Giselinde, 1991: *Gesundheit und Kranksein in der Migration: Sozialisations- und Lebensbedingungen bei Frauen aus der Türkei*. Frankfurt am Main.

Haas, Walburga, 1996: Der gesunde und der kranke Körper als soziokulturelles Gebilde. In: Wolf, Angelika; Michael Stürzer (Hrsg.): *Die gesellschaftliche Konstruktion von Befindlichkeit: ein Sammelband zur Medizinethnologie*. Berlin: 89-106.

Habermann, Monika, 1997: *Vom Umgang mit dem Fremden - Der Beitrag der Ethnologie zur Pflege*. In: *Transkulturelle Pflege. Curare Sonderband 10*. Berlin: 53-62.

Habermann, Monika, 2001: Pflegebedürftig in der Fremde? Zur Theorie und Praxis der interkulturellen Pflege. In: David, Matthias (Hrsg.): *Migration und Gesundheit: Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle*. Frankfurt am Main: 153-165.

Harmsen, Andrea, 1997: Marokkaner/Marokkanerinnen. In: Schmalz-Jacobsen, Cornelia; Georg Hansen (Hrsg.): *Kleines Lexikon der ethnischen Minderheiten in Deutschland*. Bonn: 108-110.

Hopf, Christel, 1991: Qualitative Interviews in der Sozialforschung. Ein Überblick. In: Flick, Uwe (Hrsg.): *Handbuch qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. München: 177-182.

Hurrelmann, Klaus (Hrsg.), 1991: *Gesundheitswissenschaften*. Berlin (u. a.).

Jabeen Khan, Kausar, 1988: *Auslandsstudium als kritisches Lebensereignis: eine empirische Untersuchung zur psychosozialen Situation ausländischer Studenten in der Bundesrepublik Deutschland*. Wiesbaden.

Jahn, Janheinz, 1995: *Muntu: die neoafrikanische Kultur; Blues, Kulte, Négritude, Poesie und Tanz*. 2. Aufl. der Neuausgabe. München.

Kentenich, Heribert (u. a.) (Hrsg.), 1984: *Zwischen zwei Kulturen: Was macht Ausländer krank?* Berlin.

Kiesel, Doron; Hans von Lüpke (Hrsg.), 1998: *Vom Wahn und vom Sinn: Krankheitskonzepte in der multikulturellen Gesellschaft*. Frankfurt am Main.

Kleinman, Arthur, 1980: *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley (u. a.).

Klauß, Volker, 1994: *Traditionelle Behandlung von Augenkrankheiten in Kenia*. In: *Curare* 17, 2: 149-160.

Koch, Eckhardt (Hrsg.), 1995: *Psychologie und Pathologie der Migration: deutsch-türkische Perspektiven*. Freiburg im Breisgau.

Koch, Eckhardt, 1995: Hintergründe „gescheiterter“ Migration. In: Ders. (Hrsg.): *Psychologie und Pathologie der Migration: deutsch-türkische Perspektiven*. Freiburg im Breisgau: 101-110.

Kohl, Karl-Heinz, 1993: *Ethnologie - die Wissenschaft vom kulturell Fremden. Eine Einführung*. München.

Kroeger, Axel (u. a.), 1986: *Der Umgang mit Krankheit in türkischen und deutschen Arbeitnehmerfamilien*. Heidelberg.

Ksinsik, Kornelia, 2001: Kultursensible HIV-Prävention bei afrikanischen MigrantInnen. In: Stadt Duisburg (u. a.) (Hrsg.): *Die Oberbürgermeisterin, Gesundheitsamt, Aids-Beratung (Hrsg.): Dokumentation der Fachtagung Interkulturelle Aspekte der HIV-Prävention und Versorgung für Menschen aus Afrika, 14.11.2001*. Duisburg: 21-27.

Kürsat-Ahlers, Elcin, 1992: Gefühle in der Fremde. In: Collatz, Jürgen (u. a.) (Hrsg.): *Was macht Migranten in Deutschland krank? Zur Problematik von Rassismus und Ausländerfeindlichkeit und von Armutsdiskriminierung in psychosozialer und medizinischer Versorgung*. Hamburg: 69-84.

Kürsat-Ahlers, Elcin, 2000: Migration als psychischer Prozeß. In: David, Matthias (Hrsg.): *Migration – Frauen - Gesundheit: Perspektiven im europäischen Kontext*. Frankfurt am Main: 45-56.

Lachenmann, Gudrun, 1987: Primary Health Care: erster oder zweitbesten Weg zur Gesundheit? Probleme und Widersprüche bei der Umsetzung des Basisgesundheitskonzeptes in Entwicklungsländern. In: Bös, Berthold; Angelika Wörthmüller (Hrsg.): *Krankheilen? Medizinische Entwicklungshilfe und Verdrängung der traditionellen Heilkunde*. Saarbrücken, Fort Lauderdale: 91-109.

Lentz, Carola; Nina von Nolting, 2000: *Afrikaner in Deutschland. Eine kommentierte Bibliographie*. In: *Arbeitspapiere zu afrikanischen Gesellschaften*, 46. Berlin (u. a.).

Lentz, Carola, 2002: *Afrikaner in Frankfurt - Migration, Netzwerke, Identitätspolitik. Ergebnisse einer Lehrforschung*. In: *Arbeitspapiere des Instituts für Ethnologie und Afrikastudien der Johannes Gutenberg-Universität Mainz*, 5. Mainz.

Leyer, Emanuela Maria, 1991: *Migration, Kulturkonflikt und Krankheit*. Opladen.

Loncarevic, Maja, 2001: Migration und Gesundheit. In: Domenig, Dagmar (Hrsg.): *Professionelle Transkulturelle Pflege: Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe*. Bern (u. a.): 66-85.

Lux, Thomas, 1991: *Gespräche mit afrikanischen Krankenpflegern und Heilern: Bilder von Krankheit im Mikrokosmos von Malanville (Benin)*. Frankfurt am Main (u. a.).

Lux, Thomas, 2001: Zur Entstehung des medizinanthropologischen Krankheitsbegriffs. In: *Curare* 24, 1+2: 19-31.

Maindok, Herlinde, 1996: *Professionelle Interviewführung in der Sozialforschung. Interviewtraining: Bedarf, Stand und Perspektiven*. Pfaffenweiler.

Martini, Claudia, 1997: Tunesier/Tunesierinnen. In: Schmalz-Jacobsen, Cornelia; Georg Hansen (Hrsg.): *Kleines Lexikon der ethnischen Minderheiten in Deutschland*. Bonn: 169-170.

Marschalck, Peter; Karl Heinz Wiedl (Hrsg.), 2001: *Migration und Krankheit*. Osnabrück.

Maoz, Benyamin, 1998: Salutogenese - Geschichte und Wirkung einer Idee. In: Schüffel, Wolfram (u. a.) (Hrsg.): *Handbuch der Salutogenese: Konzept und Praxis*. Wiesbaden: 13-22.

Mayring, Philipp, 1994: *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim.

Meuser, Michael; Ulrike Nagel, 1991: ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig beachtet. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, Detlef; Klaus Kraimer (Hrsg.): *Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen*. Opladen: 441-471.

Michelin, 1992: *Afrique. Nord et Ouest*. Carte Routière et Touristique, 953. 1 : 4000.000. Paris.

Muluneh, Aemero, Aderajew Waka, 1999: *Afrikanische Communities in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme zur Entwicklung eines kulturspezifischen Konzepts für die HIV- und AIDS-Prävention*. Deutsche AIDS-Hilfe e. V.; VIA-Regionalverband Berlin-Brandenburg e. V. (Hrsg.). Berlin.

Muthny, Fritz A., 2001: Laienkonzepte von Gesundheit und Krankheit in verschiedenen Kulturen. In: Marschalck, Peter; Karl Heinz Wiedl (Hrsg.): *Migration und Krankheit*. Osnabrück: 251-258.

Nzimegne-Gölz, Solange (Hrsg.), o. J.: *HIV und AIDS. Umgang mit Patienten aus Schwarzafrika*. Berlin.

Oji, Chima, 1993: *Unter die Deutschen gefallen: Erfahrungen eines Afrikaners*. Wuppertal.

Opoku, Kofi Asare, 1978: *West African Traditional Religion*. Legon.

Pfeiffer, Wolfgang M., 1995: Kulturpsychiatrische Aspekte der Migration. In: Koch, Eckhardt (Hrsg.): *Psychologie und Pathologie der Migration: deutsch-türkische Perspektiven*. Freiburg im Breisgau: 17-30.

Pfeiffer, Wolfgang M., 1998: Krankheitskonzepte in der multikulturellen Gesellschaft. In: Kiesel, Doron; Hans von Lüpke (Hrsg.): *Vom Wahn und vom Sinn: Krankheitskonzepte in der multikulturellen Gesellschaft*. Frankfurt am Main: 13-26.

Pfleiderer, Beatrix (u. a.) (Hrsg.), 1995: *Ritual und Heilung: eine Einführung in die Ethnomedizin*. Zweite vollständig überarbeitete und erweiterte Neuauflage. Berlin.

Pfleiderer, Beatrix, 1995: Der Blick nach Drinnen: zur kulturellen Konstruktion medizinischen Tuns und Wissens. In: Dies. (u. a.) (Hrsg.): *Ritual und Heilung: eine Einführung in die Ethnomedizin*. Zweite vollständig überarbeitete und erweiterte Neuauflage. Berlin: 163-198.

Poenicke, Anke, 2001: *Afrika in deutschen Medien und Schulbüchern*. Zukunftsforum Politik, 29. Konrad-Adenauer-Stiftung (Hrsg.). Sankt Augustin.

Pöschl, Rupert, 1987: Basis-Heilung durch den traditionellen Heilkundigen? In: Bös, Berthold; Angelika Wörthmüller (Hrsg.): *Krankheilen? Medizinische Entwicklungshilfe und Verdrängung der traditionellen Heilkunde*. Saarbrücken, Fort Lauderdale: 129-150.

Rosny, Éric de, 2002: *Heilkunst in Afrika: Mythos, Handwerk und Wissenschaft*. Zürich.

Römhild, Regina, 1998: Die Macht des Ethnischen. Grenzfall Rußlanddeutsche. Perspektiven einer politischen Anthropologie. Frankfurt am Main (u. a.).

Römhild, Regina, 2001: *Multi-, Trans- und Inter-...Was ist eigentlich Kultur?* Vortrag, 18.05.2001, Falkenstein/Königstein. <<http://www.wusgermany.de/stube/seminar/index-frame-seminar.htm>>. 05.07.2003.

Schmalz-Jacobsen, Cornelia; Georg Hansen (Hrsg.), 1997: *Kleines Lexikon der ethnischen Minderheiten in Deutschland*. Bonn.

Schmitz, Paul G., 2001: Akkulturation und Gesundheit. In: Marschalck, Peter; Karl Heinz Wiedl (Hrsg.): *Migration und Krankheit*. Osnabrück: 123-144.

Schneider, Christa M., 2000: Philosophische Überlegungen zu Aaron Antonovskys Konzept der Salutogenese. In: Wydler, Hans (u. a.) (Hrsg.): *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*. München, Weinheim: 21-41.

Schüffel, Wolfram (u. a.) (Hrsg.), 1998: *Handbuch der Salutogenese: Konzept und Praxis*. Wiesbaden.

Schüffel, Wolfram, 1998: Einführung. In: Ders. (u. a.) (Hrsg.): *Handbuch der Salutogenese: Konzept und Praxis*. Wiesbaden: 1-9.

Şen, Faruk, 1995: Ausländerfeindlichkeit in Deutschland und die Auswirkungen auf die türkische Minderheit. In: Koch, Eckhardt (Hrsg.): *Psychologie und Pathologie der Migration: deutsch-türkische Perspektiven*. Freiburg im Breisgau: 144-152.

Sich, Dorothea (u. a.) (Hrsg.), 1995: *Medizin und Kultur: eine Propädeutik für Studierende der Medizin und der Ethnologie; mit 4 Seminaren in kulturvergleichender medizinischer Anthropologie (KMA)*. Frankfurt am Main (u. a.).

Sieber, Christine, 2001: Verhütung und Schwangerschaftsabbruch bei Migrantinnen. In: Domenig, Dagmar (Hrsg.): *Professionelle Transkulturelle Pflege: Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe*. Bern (u. a.): 342-360.

Sommerfeld, Johannes, 1987: Zwischen Koexistenz und Konkurrenz. Zum ungleichen Verhältnis von Schulmedizin und traditionellen Heilsystemen in der Gesundheitsversorgung. In: Bös, Berthold; Angelika Wörthmüller (Hrsg.): *Krankheilen? Medizinische Entwicklungshilfe und Verdrängung der traditionellen Heilkunde*. Saarbrücken, Fort Lauderdale: 75-89.

Spradley, James, P., 1979: *The ethnographic interview*. New York (u. a.).

Stadt Duisburg (u. a.) (Hrsg.), 2001: *Dokumentation der Fachtagung Interkulturelle Aspekte der HIV-Prävention und Versorgung für Menschen aus Afrika, 14.11.2001*. Duisburg.

Statistisches Bundesamt Wiesbaden, 2002: *Ausländische Bevölkerung am 31.12.2002 nach Staatsangehörigkeiten für Deutschland*. Wiesbaden.

Thomas, Alexander (Hrsg.), 1996: *Psychologie interkulturellen Handelns*. Göttingen (u. a.).

Tsapanos, Georgios, 1997: Anwerbung. In: Schmalz-Jacobsen, Cornelia; Georg Hansen (Hrsg.): *Kleines Lexikon der ethnischen Minderheiten in Deutschland*. Bonn: 179-181.

Weiss, Regula, 2003: *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich.

Welsch, Wolfgang, 1998: Transkulturalität. Zwischen Globalisierung und Partikularisierung. In: Studium Generale (Hrsg.): *Interkulturalität. Grundprobleme der Kulturbegegnung. Mainzer Universitätsgespräche*. Mainz: 45-72.

Wenning, Norbert, 1997: Migration. In: Schmalz-Jacobsen, Cornelia; Georg Hansen (Hrsg.): *Kleines Lexikon der ethnischen Minderheiten in Deutschland*. Bonn: 219-222.

Wicker, Hans-Rudolf, 2001: Von der Assimilation zur Integration: Konzepte, Diskurse und gesellschaftlicher Wandel. In: Domenig, Dagmar (Hrsg.): *Professionelle Transkulturelle Pflege: Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe*. Bern (u. a.): 48-63.

World Health Organisation (WHO), 2003a: About WHO. <<http://www.who.int/about/en/>>. 14.09.2003.

World Health Organisation (WHO), 2003b: Ottawa Charter for health promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. <<http://www.who.int/hpr/archive/docs/ottawa.html>>. 05.06.2003.

Wolf, Angelika; Michael Stürzer (Hrsg.), 1996: *Die gesellschaftliche Konstruktion von Befindlichkeit: ein Sammelband zur Medizinethnologie*. Berlin.

Wolf, Angelika; Michael Stürzer, 1996: Einleitung. In: Dies. (Hrsg.): *Die gesellschaftliche Konstruktion von Befindlichkeit: ein Sammelband zur Medizinethnologie*. Berlin: VII-XV.

Wydler, Hans (u. a.) (Hrsg.), 2000: *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts*. München, Weinheim.

Zarifoglu, Fuat, 1992: Ein kurzes Resümee über die soziokulturellen Aspekte von psychischen Erkrankungen bei Migranten aus dem Nahen und Mittleren Osten sowie ihre psychosoziale Versorgung in Deutschland. In: Collatz, Jürgen (u. a.) (Hrsg.): *Was macht Migranten in Deutschland krank? Zur Problematik von Rassismus und Ausländerfeindlichkeit und von Armutsdiskriminierung in psychosozialer und medizinischer Versorgung*. Hamburg: 113-123.

Zarifoglu, Fuat; Joachim Zeiler, 1995: Ethnische Diskriminierung und psychische Erkrankung. In: Koch, Eckhardt (Hrsg.): *Psychologie und Pathologie der Migration: deutsch-türkische Perspektiven*. Freiburg im Breisgau: 152-159.

Ziemann, Frank, 2003: *Warnung vor Aspartam. Gerüchte im Internet verbreiten allerlei Unsinn*. TU-Berlin. Extra Blatt, 19.06.03. <<http://www.tu-berlin.de/www/software/hoax/aspartam.shtml>>. 14.09.2003.

Zimmermann, Emil, 1984: Macht die Fremde krank? Gesundheitsrisiken und medizinische Versorgungsprobleme ausländischer Kinder. In: Geiger, Andreas; Franz Hamburger (Hrsg.): *Krankheit in der Fremde. Erfahrungen aus der Gesundheitsarbeit mit ausländischen Arbeiterfamilien*. Berlin: 69-80.

Anhang

A.1 Alphabetische Übersicht der Laieninterviews

Anna: (Interview Nr. 2)

<u>Alter:</u>	29 Jahre	<u>Kontakt durch:</u>	Gérome
<u>Herkunft:</u>	Gabun, Libreville	<u>Datum:</u>	30.01.2003
<u>Migration:</u>	1994	<u>Dauer:</u>	1: 30 h
<u>Berufliche Tätigkeit:</u>	Medizinstudium, derzeit Doktorarbeit in Frankfurt am Main	<u>Ort:</u>	Café Fantastico, Wiesbaden
<u>Wohnort:</u>	Wiesbaden		

Interviewsituation/ Sonstiges:

- Herzliches, offenes Gespräch,
- professionelles medizinisches Vorwissen durch Eltern, Verwandte und Medizinstudium,
- schildert Probleme im Gesundheitswesen in Gabun aus Sicht einer angehenden praktischen Ärztin.

Christine: (Interview Nr. 9)

<u>Alter:</u>	22 Jahre	<u>Kontakt durch:</u>	David
<u>Herkunft:</u>	Kenia, Nairobi	<u>Datum:</u>	18.04.2003
<u>Migration:</u>	2001	<u>Dauer:</u>	0: 30 h
<u>Berufliche Tätigkeit:</u>	angestrebtes Publizistikstudium in Mainz	<u>Ort:</u>	Wohnheim, Mainz
<u>Wohnort:</u>	Mainz		

Interviewsituation/ Sonstiges:

- Christine ist zum Zeitpunkt des Interviews stark erkältet,
- aus Rücksichtnahme auf ihre Erkältung bin ich darum bemüht, das Interview nicht in die Länge zu ziehen,
- kein professionelles medizinisches Vorwissen.

David: (Interview Nr. 4)

<u>Alter:</u>	30 Jahre	<u>Kontakt durch:</u>	Universität
<u>Herkunft:</u>	Ghana, Denu	<u>Datum:</u>	19.02.2003
<u>Migration:</u>	1994	<u>Dauer:</u>	0: 45 h
<u>Berufliche Tätigkeit:</u>	Apotheker, abgeschlossenes Pharmaziestudium EWE-Dozent, Uni-Mainz	<u>Ort:</u>	Seminarraum Ethnologie, Universität Mainz
<u>Wohnort:</u>	Mainz		

Interviewsituation/ Sonstiges:

- Interview wird häufig durch Reinigungspersonal unterbrochen, wirkt sich auf beiderseitige Konzentration negativ aus,
- professionelles medizinisches Vorwissen durch Pharmaziestudium,
- stand der Herbalmedizin vor seinem Studium sehr skeptisch gegenüber.

Diamba: (Interview Nr. 7)

<u>Alter:</u>	39 Jahre	<u>Kontakt durch:</u>	Kommilitonin
<u>Herkunft:</u>	Senegal, Dakar	<u>Datum:</u>	26.03.2003
<u>Migration:</u>	1991	<u>Dauer:</u>	1: 30 h
<u>Berufliche Tätigkeit:</u>	Trommellehrer, Musiker, Angestellter in Chemieunternehmen in Wiesbaden	<u>Ort:</u>	Café Klatsch, Wiesbaden
<u>Wohnort:</u>	Wiesbaden		

Interviewsituation/ Sonstiges:

- Diamba erzählt offen von seinem Leben in Deutschland,
- betont wichtige Rolle der Musik in seinem Leben,
- kein professionelles medizinisches Vorwissen.

Francine: (Interview Nr. 3)

<u>Alter:</u>	19 Jahre	<u>Kontakt durch:</u>	Gérome
<u>Herkunft:</u>	Demokratische Republik Kongo, Kinshasa	<u>Datum:</u>	17.02.2003
<u>Migration:</u>	1999	<u>Dauer:</u>	2: 30 h
<u>Berufliche Tätigkeit:</u>	Mutter, hofft auf Ausbildung zur Krankenschwester in Wiesbaden	<u>Ort:</u>	Private Wohnung, Wiesbaden
<u>Wohnort:</u>	Wiesbaden		

Interviewsituation/ Sonstiges:

- sehr schüchtern, lässt Gérome bei der Beantwortung meiner Fragen den Vorrang,
- Gespräch wird im Beisein von Gérome und des Babies durchgeführt,
- kein professionelles medizinisches Vorwissen.

Francois: (Interview Nr. 1)

Alter: 30 Jahre
Herkunft: Kamerun, Yaounde
Migration: 1999
Berufliche Tätigkeit:
Student Bauingenieurwesen,
Fachhochschule Wiesbaden
Wohnort: Mainz

Kontakt durch: Gérome
Datum: 25.01.2003
Dauer: 1 h
Ort: Privatappartement, Mainz

Interviewsituation/ Sonstiges:

- widmet dem Videobeitrag „Dévostation Durable“ besondere Aufmerksamkeit,
- kein professionelles medizinisches Vorwissen,
- bevorzugt herbalmedizinische Praktiken.

Gérome: (Interview 3)

Alter: 29 Jahre
Herkunft: Gabun, Libreville
Migration: 1998
Berufliche Tätigkeit:
Germanistikstudium, Darmstadt
Wohnort: Wiesbaden

Kontakt durch: ehemalig. Arbeitskollege,
WUS
Datum: 17.02.2003
Dauer: 2: 30 h
Ort: Private Wohnung, Wiesbaden

Interviewsituation/ Sonstiges:

- persönliche Gesprächsatmosphäre, informeller Charakter, anschließende Einladung,
- 8monatiger Sohn und Freundin Francine sind währenddessen anwesend,
- kein professionelles medizinisches Vorwissen

Marie: (Interview Nr. 6)

Alter: 27 Jahre
Herkunft: Burkina Faso, Bobo Dioulas-
sou
Migration: 2000
Berufliche Tätigkeit:
Studentin der Erziehungswissenschaften,
Fachhochschule Frankfurt am Main
Wohnort: Mainz

Kontakt durch: David
Datum: 18.03.2003
Dauer: 1: 30 h
Ort: Aufenthaltsraum Ethnologie,
Universität Mainz

Interviewsituation/ Sonstiges:

- ist sehr schüchtern
- versucht während des Gesprächs herauszufinden, was ich ‚hören möchte‘,
- kein professionelles medizinisches Vorwissen.

Oko: (Interview Nr. 8)

<u>Alter:</u>	45 Jahre	<u>Kontakt durch:</u>	Kommilitonin
<u>Herkunft:</u>	Ghana, Accra	<u>Datum:</u>	29.03.2003
<u>Migration:</u>	2002	<u>Dauer:</u>	3 h
<u>Berufliche Tätigkeit:</u>	Ausbildung als Elektrotechniker, zur Zeit Reinigungskraft Mainzer Uni-Klinik	<u>Ort:</u>	Privatwohnung Mainz
<u>Wohnort:</u>	Mainz, Hechtsheim		

Interviewsituation/ Sonstiges:

- Interview wird gemeinsam mit Ehefrau Ingrid durchgeführt, Kommilitonin der Ethnologie,
- kein professionelles medizinisches Vorwissen,
- sehr gute Kenntnisse der Herbalmedizin.

Sophie: (Interview Nr. 5)

<u>Alter:</u>	30 Jahre	<u>Kontakt durch:</u>	David
<u>Herkunft:</u>	Cote d' Ivoire, Bouaké	<u>Datum:</u>	17.03.2003
<u>Migration:</u>	1997	<u>Dauer:</u>	1: 30 h
<u>Berufliche Tätigkeit:</u>	Germanistikstudentin, Uni-Mainz, Angestellte am Frankfurter Flughafen	<u>Ort:</u>	Privatwohnung Mainz
<u>Wohnort:</u>	Mainz		

Interviewsituation/ Sonstiges:

- während des Interviews ist Kommilitonin anwesend,
- Sophie schildert ihre bisherigen operativen Eingriffe in Deutschland erst in der letzten halben Stunde des Gesprächs, weitaus mehr Zeit und Intensität verwendet sie in ihren Erzählungen auf ihre Probleme innerhalb des Studienalltags in Deutschland,
- Kein professionelles medizinisches Vorwissen.

A.2 Alphabetische Übersicht der ExpertInneninterviews

Herr PD Dr. Dei-Anang, Kwesi

aus Ghana, seit 1990 Chefarzt Neurochirurgie, Schmerzzentrum Mainz

Interview Nr.: I

Datum: 11.03.2003

Ort: Sprechzimmer Schmerzzentrum Mainz

Dauer: 1 h

KONTAKT:

DRK Schmerzzentrum Mainz

Auf der Steig 14-16

55131 Mainz

Tel.: 06131-988701

Sprechzeiten nach telefonischer Absprache

Frau Dr. Nzimegne-Gölz, Solange

aus Kamerun, seit 1998 Praktische Allgemeinärztin,

Themenschwerpunkt: allgemeine medizinische Betreuung afrikanischer MigrantInnen,
weibliche Beschneidung,

HIV- und AIDS-Prävention afrikanischer MigrantInnen,

Interview Nr.: III

Datum: 11.04.2003

Ort: Sprechzimmer Praxiszentrum Berlin

Dauer: 0:45 h

KONTAKT:

Praxiszentrum Kaiserdamm Berlin

HIV-Schwerpunktpraxis

Kaiserdamm 24

14057 Berlin Charlottenburg

Tel: 030 - 301 139 0

mail@praxiszentrum-kaiserdamm.de

Sprechzeiten nach tel. Absprache

Gesellschaft für die Rechte afrikanischer
Frauen,(GRAF-gGmbH)

Schaper Str. 19

10719 Berlin

Tel.: 030 - 88 68 37 00

www.graf-berlin.de

Sprechzeiten nach tel. Absprache

Frau Wangare-Greiner, Victoria

aus Kenia, seit 1988 aktive Sozialarbeiterin,

Vereinsgründerin AGISRA/MAISHA in Frankfurt am Main.

Themenschwerpunkt: allgemeine gesundheitliche Situation afrikanischer MigrantInnen,
weibliche Beschneidung,
HIV- und AIDS-Prävention.

Interview Nr.: I

Datum: 06.02.2003

Ort: Beratungszimmer Gesundheitsamt Frankfurt am Main

Dauer: 0:45 h

KONTAKT:

„Sprechstunde für afrikanische Familien“

Gesundheitsamt Frankfurt am Main

Braubachstraße 14-16

60311 Frankfurt a. Main

Tel.: 069 - 212-45241

Sprechzeiten: Donnerstag, 8.00-12.00 Uhr und 16.00-18.00 Uhr